



Universidade Do Mindelo
Escola SUPERIOR DE SAÚDE

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ano letivo 2019/2020 – 4º Ano

**Tema: Atuação de enfermagem nas urgências obstétricas atendidas
na sala de parto da maternidade do Hospital Dr. Baptista de Sousa**

Autor: Lidianne Eduise Do Rosario Tavares, N.º 3428

Orientador: Mestre Nivaldo Castro

Mindelo, 21 de julho de 2020

Lidianne Eduise Do Rosário Tavares

**ATUAÇÃO DE ENFERMAGEM NAS URGÊNCIAS OBSTÉTRICAS
ATENDIDAS NA SALA DE PARTO DA MATERNIDADE DO HOSPI-
TAL DR. BAPTISTA DE SOUSA**

Trabalho de conclusão do curso, apresentado à Uni-
versidade do Mindelo como parte dos requisitos
para obtenção do grau de licenciado em enferma-
gem.

Orientador: Mestre Nivaldo castro

Mindelo

2020

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho as pessoas especiais da minha vida, meus pais Amilton e Suzete pela confiança, coragem, esforço, apoio e dedicação e ao meu filho. Com eles apendi o verdadeiro significado de amor, amizade, gratidão e dedicação.

AGRADECIMENTOS

Antecipadamente começo por agradecer a Deus pelos dons que me deu nesta existência que serviram na realização deste trabalho, guiou as minhas escolhas e me fez descobrir a enfermagem, mas agradeço-lhe sobretudo a bênção pelas conquistas que consegui e dificuldades que ultrapassei, bem como pela perseverança que me concedeu na realização deste trabalho. Gratidão a minha família, em especial aos meus pais, este trabalho é a prova de que os esforços deles pela minha educação não foram em vão e valera a pena.

Deixo um agradecimento especial ao meu orientador Mestre Nivaldo Castro pelo incentivo, pela dedicação, o apoio e confiança que me deixaram sempre entusiasmada e livre para todas as escolhas, sabendo que pudesse contar sempre com ele e com as sugestões e correções fundamentais para o aperfeiçoamento e realização deste estudo.

Agradeço da mesma forma ao meu namorado e ao meu filho pelo suporte e apoio que me deram ao longo de todo trabalho, e por compreenderem as várias horas que estive ausente por causa do desenvolvimento do meu trabalho. De igual modo agradeço aos meus colegas e amigos em específico Aliene Silva, pelo convívio, apoio e conforto nos momentos difíceis.

A todo corpo docente que estiveram ao meu lado em todas as etapas importantes da minha formação.

A todos as enfermeiras do serviço de maternidade (sala de parto) do Hospital Dr. Baptista de Sousa. Deixo aqui expresso o meu reconhecimento a todos aqueles que de uma forma ou de outra tornaram possível este trabalho.

A todas as outras pessoas que não foram citadas, mas que de uma forma ou outra estiveram presentes, contribuindo para a conclusão de mais esta etapa da minha formação. A todos vocês! *Muito Obrigada*

RESUMO

As urgências obstétricas são situações cuja resolução exige uma resposta imediata por toda a equipa de saúde. Significa isto que os enfermeiros também têm um papel importante no atendimento as urgências obstétricas, pois são eles que têm o primeiro contato com as gestantes admitidas no serviço de urgência. Sendo assim achou-se pertinente elaborar um estudo cujo objetivo é conhecer a atuação dos enfermeiros da sala de parto do serviço da maternidade do Hospital Dr. Baptista de Sousa (HBS) no atendimento das urgências obstétricas. Percebeu-se que a atuação dos enfermeiros na sala de parto em casos de urgências obstétricas assim como nos outros serviços esse não foge a regra seguindo as cinco etapas do processo de enfermagem, primeiramente avaliação inicial (anamnese), diagnóstico de enfermagem, planeamento, implementação, avaliação final. Optou-se por uma metodologia qualitativa do tipo descritiva e exploratória de carácter fenomenológico, sendo que a população-alvo é constituída por seis enfermeiras que trabalham diariamente no serviço da sala de parto do HBS, tendo como instrumento de recolha de informação uma entrevista semiestruturada, onde o tratamento dos dados foi efetuado através da análise de conteúdo de Bardin. Os resultados evidenciados como situações de urgência mais atendidas pelas enfermeiras no serviço da sala de parto, são pré-eclâmpsia, eclâmpsia, hemorragia, distócia do ombro, abortos, diabetes gestacionais e deslocamento prematuro da placenta. Torna-se então necessário que estes profissionais estejam “munidos” de um conhecimento prático-científico, aprimorado pela experiência, a existência e o conhecimento de protocolos e o reforço dos recursos humanos e materiais a fim de se realizar um trabalho embasado nas boas práticas dos cuidados de enfermagem atuando de forma rápida, objetiva e com a máxima segurança impedindo que essas situações de urgências evoluam emergência.

Palavra-chave: enfermagem, urgências obstétricas, atendimento, gestantes, situações de urgência

ABSTRACT

Obstetric urgencies are situations whose resolution requires an immediate response by the entire health team. This means that nurses also have an important role in attending obstetric urgencies since they are the ones who have the first contact with pregnant women admitted to the urgency service. Therefore, it was considered pertinent to elaborate a study whose objective is to know the performance of nurses in the delivery room of the maternity hospital at Hospital Dr. Baptista de Sousa (HBS) in the care of obstetric urgencies. We opted for a qualitative methodology of a descriptive and exploratory type of phenomenological character, and the target population is made up of six nurses who work daily in the delivery room of the HBS, having as a tool to collect information a semi-interview. structured, where the treatment of the data was made through the analysis of the content of Bardin. The results evidenced as emergency situations most attended by nurses in the delivery room service are pre-eclampsia, eclampsia, hemorrhage, shoulder dystocia, abortions, gestational diabetes and premature displacement of the placenta. It is then necessary that these professionals are “equipped” with practical-scientific knowledge, enhanced by experience, the existence and knowledge of protocols, and the reinforcement of human and material resources to carry out work based on good care practices. nurses acting quickly, objectively, and with maximum security preventing these urgencies from evolving into an emergency.

Keyword: nursing, obstetric urgencies, attendance, pregnant women, urgency situations

Índice

INTRODUÇÃO	12
Justificativa e problemática do estudo	14
CAPITULO I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1- ENQUADRAMENTO TEORICO	20
1.1 Gravidez.....	20
1.2 Trabalho de parto e Parto.....	21
1.3 Conceito de urgências obstétricas	22
1.4 Urgências obstétricas	23
1.4.1 Hipertensão na gravidez	23
1.4.2 Hemorragias na gravidez	26
1.4.3 Infecção urinaria na gravidez	30
1.4.4 Trabalho de parto-pré termo	30
1.4.5 Distócias do trabalho de parto	31
1.4.6 Indução do trabalho de parto	31
1.4.7 Gravidez ectópica	33
1.4.8 Placenta prévia.....	35
1.4.9 Deslocamento prematuro da placenta (DPP).....	36
1.4.10 Diabetes na gravidez.....	38
1.5 Fatores de risco	40
1.6 Classificação de risco.....	42
1.7 Assistência de enfermagem nas urgências obstétricas.....	43
1.8 Condutas e cuidados de enfermagem a ter nas principais urgências obstétricas ..	45
1.9 Diagnósticos de enfermagem segundo Nanda e NIC	49
1.10 Teoria de enfermagem de Afaf Meleis	50
CAPITULO II: FASE METEDOLOGICA	52
2 -FASE METEDOLOGICA	53
2.1 Tipo de estudo.....	53

2.2	Instrumento de colheita de informações	54
2.3	População alvo	55
2.4	Descrição do campo empírico.....	56
2.5	Procedimentos éticos e legais	56
CAPITULO III - FASE EMPÍRICA		58
3 - FASE EMPÍRICA		59
3.1	Análise e interpretação das categorias	60
3.2	Discussão dos dados	72
CONSIDERAÇÕES FINAIS		76
REFERÊNCIAS		78
Apêndice		81
Guião de entrevista		81
Carta de aceitação para recolha de informações		82
Termo de consentimento de entrevista		83

Índice de Quadros

Quadro 1: Dados estatísticos do HBS.....	17
Quadro 2: Tipos de aborto, clínica e conduta	29
Quadro 3: Valor de referência para o diagnóstico de diabetes	39
Quadro 4: Possíveis diagnósticos e intervenções de enfermagem (NANDA E NIC)	49
Quadro 5: Categorias e subcategorias das entrevistas	61

Índice de figuras

Figura 1: Métodos de indução do trabalho de parto	33
Figura 2: Fluxograma- Diagnóstico e conduta na diabetes e gravidez	39

Índice de apêndice

Guião de entrevista	81
Carta de aceitação para recolha de informações	82
Termo de consentimento de entrevista	83

Índice de tabelas

Tabela 1: Caraterísticas dos colaboradores.....	59
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS

BFC- Batimento cardíaco fetal

DHEG- Doença hipertensiva específica da gravidez

DIU- Dispositivo intrauterino

DPP- Deslocamento prematuro da placenta

DPPNI- Deslocamento prematuro da placenta normalmente inserida

ENF- Enfermeira

EV- Endovenoso

HBS- Hospital Dr. Baptista de Sousa

L/min- Litros por minuto

MMHG- Milímetro de mercúrio

NANDA - Norte American Nursing Diagnosis Association

NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONU- Organização das nações unidas

RPM- Rotura prematura da membrana

SAMU- Serviço de atendimento móvel de urgência

TA- Tensão arterial

TCC- Trabalho de conclusão de curso

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância

INTRODUÇÃO

No âmbito do 4º ano do curso de Enfermagem da Universidade do Mindelo, faz parte como exigência final de avaliação a elaboração de uma monografia para obtenção do grau de licenciatura em enfermagem, objetivando o início da aprendizagem e domínio da investigação científica no campo da saúde, tendo como fim aprofundar conhecimentos relativamente ao tema escolhido.

O tema em estudo intitula-se, **“Atuação de enfermagem nas urgências obstétricas atendidas na sala de parto da maternidade do Hospital Dr. Baptista de Sousa”**, o problema que se deseja estudar encontra-se relacionada com as urgências obstétricas de modo a conhecer a atuação, compreender e demonstrar a perceção dos enfermeiros sobre o tema em estudo.

A escolha deste tema vai de encontro ao interesse pessoal, vivências académicas e algumas curiosidades despertadas ao longo dos ensinamentos clínicos realizados no ambiente hospitalar. Com o efeito de aprofundar os conhecimentos é sempre um objetivo inerente a qualquer trabalho de investigação. Além de contribuir para a elaboração de estratégias estabelecidas em bases científicas para melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos utentes durante os procedimentos em situações de urgências obstétricas.

Relativamente à estrutura, o trabalho foi dividido em três capítulos bem definidos, antes da explanação dos capítulos procede a justificativa e problemática do estudo bem como os referidos objetivos. Sendo o primeiro capítulo, o enquadramento teórico, sustentado por uma revisão de literatura onde destacou-se os principais conceitos abordados durante a investigação sendo essas: a gravidez, o trabalho de parto e o parto, conceito de urgências obstétricas, tipos de urgência, fatores de risco, classificação de risco, assistência de enfermagem nas urgências obstétricas e cuidados de enfermagem nas urgências obstétricas.

Já no segundo capítulo demonstra-se a metodologia utilizada no trabalho, sendo este um estudo qualitativo, do tipo exploratório, descritivo de carácter fenomenológico. Para a recolha de informações optou-se pela entrevista semiestruturada, respeitando sempre os aspetos éticos.

E no último capítulo encontra-se a fase empírica onde as informações colhidas foram analisadas e discutidas, mas à frente encontra-se as considerações finais, sugestões, as referências bibliográficas utilizadas e os respetivos apêndices.

É de referir ainda que, o trabalho foi redigido e formatado de acordo com as normas de formatação e redação dos trabalhos académicos propostos pela Universidade do Mindelo, bem como as normas do novo acordo ortográfico.

Justificativa e problemática do estudo

A escolha do tema atuação de enfermagem nas urgências obstétricas atendidas na sala de parto da maternidade do Hospital Dr. Baptista de Sousa (HBS) parte de uma motivação pessoal, movida pelas experiências vividas ao longo do percurso acadêmico, mais precisamente nos ensinamentos clínicos realizados no HBS e nos centros de saúde, sendo assim tive a oportunidade de observar que é um tema que vem requerendo atenção por parte dos enfermeiros e por toda a equipa dos profissionais de saúde.

Neste sentido, o tema traz interesse tanto a nível pessoal, académico e também profissional, tendo a vontade e a necessidade de aumentar os conhecimentos da atuação de enfermagem nas urgências obstétricas atendidas na sala de parto da maternidade do HBS, igualmente com o intuito de adquirir novos conhecimentos e novas aprendizagens relativamente à temática.

A maternidade compõe uma das mais importantes experiências físicas e psicológicas na vida da mulher. Quando se trata do auxílio à mulher em situação do trabalho de parto e parto ou qualquer sinal de desconforto que coloque em risco a gestação é fundamental que este seja um momento de confiança e segurança entre profissional e o utente. Assim sendo, torna-se necessário um cuidado diferenciado com orientações a cada procedimento, lembrando que muitas vezes, o atendimento de urgência tornar-se um ponto referencial de assistência e solução de dúvidas (Cutrim, 2012).

Durante o processo gestacional, algumas mulheres têm maiores probabilidades de apresentar agravos ou complicações de patologias pré-existentes, essas situações podem redundar em perdas fetais e/ou morte materna, por causas diretas ou indiretas. Portanto, o óbito materno permanece sendo um grave problema de saúde pública em nosso país, com as consequências sociais que a morte dessas mulheres ocasiona. Sendo assim, a morte materna é aquela causada por complicações durante a gestação ou até 42 dias após o fim da gravidez (Gomes, 2010).

Assim sendo, a gestação é um desenvolvimento fisiológico da mulher e que durante esse processo, o seu corpo passa por diversas alterações resultantes a fatores hormonais, fisiológicos e mecânicos. Nesse período ou durante o parto, podem ocorrer intercorrências, ameaçando a vida da mãe e/ou do feto, exigindo um atendimento imediato e qualificado por parte da equipa dos profissionais de saúde.

Logo torna-se necessário um cuidado diferenciado com orientações próprias para cada procedimento, lembrando que muitas vezes, o atendimento de urgência tornar-se um ponto referencial de assistência e solução de incertezas.

Neste sentido o acolhimento traduz-se em receção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Implica prestar um atendimento com resolutividade e corresponsabilização, orientando, conforme o caso, o usuário e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário (Ministério de Saúde do Brasil, 2014).

Na urgência obstétrica, o acolhimento deve possuir algumas peculiaridades devido às necessidades relacionadas ao processo gravídico puerperal. A ansiedade, que permeia a gestação, o parto e o nascimento levam à insegurança e à preocupação da mulher e seus familiares. Isso se deve principalmente à falta de informação durante o pré-natal, que se torna um dos fatores da busca aos serviços de urgência das maternidades com frequência. Por conta disso, o acolhimento à mulher e acompanhante tem função de favorecer o protagonismo das gestantes, especialmente no trabalho de parto e parto (Brilhante, Vasconcelos, Bezerra, De Lima, Castro & Fernandes 2016).

No que toca a prevalência das urgências reportados, a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2003) notifica que, em todo o mundo, ocorrem 585 mil óbitos de mulheres a cada ano, em consequência de complicações ligadas à gravidez, parto ou puerpério.

Salienta-se, de acordo com o relatório dos objetivos do milênio divulgado pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2015, constata-se que o índice global de redução da mortalidade materna alcançado foi de 45%, contudo, nota-se que o índice vem diminuindo em todos os países desde 2000. Observa-se, contudo, melhora em regiões com piores índices, como o Sudeste Asiático (64%) e a África Subsaariana (49%), embora os índices sejam ainda 14 vezes maiores em regiões em desenvolvimento. Constatou-se no Brasil, nesse período, a taxa de mortalidade materna declinou em apenas 21%.

Entre 1990 e 2015 a redução na razão de mortalidade materna no Brasil foi de 143 para 62 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, o que representou uma diminuição de 56%. Esta redução tem sido reconhecida pela OMS, ao destacar que houve avanços significativos desde a década de 90 nas políticas públicas de saúde, embora ainda haja muito trabalho a fazer de modo a melhorar os indicadores.

De acordo com dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade, em 2015, o Brasil registrou 1.738 casos de morte materna, que engloba óbitos causados por problemas relacionados com a gravidez ou ao parto ou ocorridos até 42 dias depois. Em 2016, foram registrados 1.463 casos, uma queda de 16% em relação ao ano anterior.

Segundo Ann Veneman (2017), diretora-executiva do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), todos os anos mais de 500 mil mulheres morrem em resultados de complicações derivadas da gravidez ou do parto, entre elas 70 mil meninas e jovens entre 15 a 19 anos. Desde 1990 (o ano de referencia dos objetivos de desenvolvimento do milénio), as complicações derivadas da gravidez custaram a vida de cerca de 10 milhões de mulheres. Segundo relatório, os dez países onde o risco de mortalidade materna durante toda a vida é maior são Níger, Afeganistão, Serra Leoa, Chade, Angola, libéria, Somália, Republica democrática do congo, Guiné-Bissau e Mali.

Estudos realizados por Monteiro, *et al* (2016), analisaram todos os atendimentos de ocorrências obstétricas registrados nas fichas arquivadas no banco de dados do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), referentes a atendimentos de mulheres e seus conceitos em casos de urgência obstétrica no período de abril de 2006 a dezembro de 2012. O SAMU de Floriano-PI atendeu desde sua implantação, em abril de 2006, até dezembro de 2012, em média 386 ocorrências por mês, com um total de 31.233 ocorrências, sendo aproximadamente 27 casos de urgência obstétrica por mês. Destes, um total de 2.190 casos (7%) representaram urgências obstétricas atendidas, sendo considerados válidos 1.599 atendimentos, provenientes das áreas urbanas e rurais do município.

Já em Cabo Verde, conforme o Relatório Estatístico de 2017 do Ministério de Saúde e segurança social de Cabo-verde, em 2017 registou-se 47,2% de mortalidade materna por cada 100.000 nascidos vivos, uma subida significativa em relação ao ano anterior de 2016 que foi de 18,8%. Segundo o Relatório Anual do HBS de 2007-2010 disposto no relatório estatístico 2010 em 2007 foram 212 intervenções de urgência de foro gineco-obstétricos, 158 em 2008, 164 em 2009 e 119 em 2010.

Quanto aos dados estatístico do HBS, mostra-nos o número de urgências obstétricas atendidas no serviço de maternidade (sala de parto).

Quadro 1: Dados estatísticos do HBS

	Sem internamento	Com internamento
Ano	Urgências obstétricas	Urgências obstétricas
2015	1243	303
2016	1508	312
2017	1547	343
2018	1610	312
2019	1971	376

Fonte: Dados estatísticos do HBS de 2015 a 2019

Tendo em conta os dados do quadro pode-se afirmar que no ano de 2015 houve 1243 urgências obstétricas sem internamento e 303 com internamento. No ano 2016 houve 1508 sem internamento e 312 com internamento. No ano de 2017 teve 1547 sem internamentos e 343 com internamento. No ano de 2018 teve 1610 sem internamento e 312 com internamento. No ano de 2019 teve 1971 sem internamentos e 376 com internamento. Entre 2015 a 2019 houve um total de 7879 urgências obstétricas sem internamento e 1646 urgências obstétricas com internamento.

As urgências obstétricas constituem um desafio aos profissionais de saúde na medida em que o acolhimento deve possuir algumas peculiaridades devido às necessidades relacionadas ao processo gravídico puerperal. A ansiedade, que permeia a gestação, o parto e o nascimento levam à insegurança e à preocupação da mulher e seus familiares. Isso se deve principalmente à falta de informação durante o pré-natal, que se torna um dos fatores da busca aos serviços de urgência das maternidades com frequência. Por conta disso, o acolhimento à mulher e acompanhante tem função de favorecer o protagonismo das gestantes, especialmente no trabalho de parto e parto (Brilhante *et al.*, 2016).

Com isso a enfermagem tem papel importante de amenizar essas situações de estresse, realizando um cuidado diferenciado com orientações e esclarecimento de dúvidas. Durante o processo gestacional, algumas mulheres têm maior probabilidade de apresentar agravos ou

complicações de patologias pré-existentes. Essas situações podem resultar em perdas fetais e/ou morte materna, por causas diretas ou indiretas.

Neste âmbito, discussões sobre a temática possuem relevância por envolverem questões técnicas e políticas que demandam constante aprimoramento das práticas de saúde desenvolvidas pelos profissionais envolvidos com a obstetrícia. Para alcançar os resultados esperados no âmbito da elaboração do trabalho, delineia-se como objetivos os seguintes:

Objetivos

O objetivo geral preconizado para a elaboração deste trabalho, centra-se em:

- Conhecer a atuação dos enfermeiros da sala de parto do serviço da maternidade do Hospital Dr. Baptista de Sousa no atendimento das urgências obstétricas.

Objetivos específicos

- Apontar a percepção dos enfermeiros da sala de parto do serviço de maternidade do Hospital Dr. Baptista de Sousa sobre as urgências obstétricas;
- Identificar as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros da sala de parto do serviço de maternidade do Hospital Dr. Baptista de Sousa no atendimento as urgências obstétricas;
- Descrever as estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros da sala de parto do serviço de maternidade do Hospital Dr. Baptista de Sousa no atendimento das urgências obstétricas.

CAPITULO I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1- ENQUADRAMENTO TEORICO

Neste capítulo encontra-se apresentados os conceitos importantes referidos com a questão em investigação imprescindíveis para a elaboração da própria, sendo assim, iniciasse o trabalho com uma momentânea revisão bibliográfica de conceitos onde se inicia com um breve resumo sobre a gravidez, o trabalho de parto e o parto, com o propósito de entender o conceito de urgências obstétricas, e também para que se possa entender a assistência de enfermagem nas urgências obstétricas.

1.1 Gravidez

Para uma melhor compreensão do tema em estudo torna-se importante falar e conhecer um pouco acerca da gravidez e o parto que são acontecimentos sociais que integram a vida reprodutiva de homens e mulheres.

Este é um processo singular, uma experiência especial da mulher e de seu parceiro, que envolve a famílias. A gestação, parto e puerpério compõem uma experiência humana das mais importantes, com forte potencial positivo e enriquecedora para todos que dela participam.

Segundo fundação Fé e Cooperação (FEC) e a Escola Superior de Enfermagem São Francisco das Misericórdias (ESESFM), (2016) antecipadamente sente-se uma necessidade de falar sobre os sinais que levam a mulher ou até mesmo o profissional de saúde a perceber ou até mesmo confirmar que a mulher encontra-se grávida, sendo essas:

- Sinais de presunção (sentidos pela mulher) onde podemos detetar amenorreia, náuseas e vômitos, fadiga, alterações mamárias e polaquiúria (aumento da frequência urinária);
- Sinais de probabilidade (observados pelo examinador) onde o enfermeiro pode observar sinal de goodell (colo de útero mole), sinais de Hegar (istmo amolecido), sinal de Ballotement e o teste de gravidez;
- Sinais de certeza (sinais fetais) que são batimento cardíaco fetal, visualização do feto e movimentos fetais;

Posteriormente aos sinais da gravidez, Bruggeman, (2011) define a gestação sendo um evento saudável, e um processo fisiológico, geralmente ocorre sem intercorrências, alguns casos com queixas simples, ou que podem evoluir com complicações.

Logo depois, a FEC e ESESFN (2016) afirma que a gravidez tem uma duração de 9 meses,

10 meses lunares, ou aproximadamente 40 semanas sendo assim a gravidez divide-se em três grandes períodos, O primeiro trimestre vai desde a semana 1 até a semana 13, o segundo das semanas 14 a 26, o terceiro desde a semana 27 até o fim da gestação (38 a 40 semanas).

1.2 Trabalho de parto e Parto

Antes de chegar no parto propriamente dito é necessário falar do trabalho de parto, melhor dizendo o trabalho de parto é um conjunto de fenómenos mecânicos e fisiológicos que quando iniciados conduzem ao parto, é um processo que conduz ao apagamento progressivo e dilatação do colo do útero, a progressão do feto através do canal de parto e a expulsão de feto e anexos para o exterior.

Nesta linha de pensamento, Lowdermilk e Perry (2008) enfatizam que o trabalho de parto é um processo que tem como finalidade expulsar o feto, a placenta, e as membranas para o exterior do útero através do canal de parto.

Por seu turno, Federação de Associações de Matronas de España (2009) define o parto normal como sendo:

“ (...) O processo fisiológico único com o qual a mulher finaliza a sua gravidez de termo, em que estão implicados fatores psicológicos e socioculturais. O seu início é espontâneo, evolui e termina sem complicações, culminando com o nascimento e não implica mais intervenções que o apoio integral e respeitoso do mesmo”.

No que se refere ao que foi mencionado Couto (2003) diz-nos que o parto é constituído por três fases distintas. A primeira é a fase de dilatação que, para as primíparas, pode demorar cerca de 12 horas, enquanto para as múltiparas esse período demora relativamente menos tempo. Durante a fase de dilatação o útero produz contrações rítmicas e progressivas que provocam dilatação e extinção do colo do útero. A dilatação é avaliada por centímetros, dizendo-se que o colo se encontra totalmente dilatado quando atinge dez centímetros. A extinção e o apagamento do colo e da sua espessura são avaliados em percentagem.

A segunda fase dá-se com a expulsão do produto da concepção. É considerado parto quando a mulher expulsa um feto com um peso igual ou superior a 500 gramas e 22 semanas de gestação e, quando se dá a expulsão anterior a estes valores, estamos perante um aborto. (*Ibidem*)

A terceira fase denomina-se dequitadura, dá-se com a expulsão da placenta e das membranas

corioamnióticas, ocorrendo durante a primeira hora pós parto.

Da mesma forma o Ministro da Saúde e da Segurança Social de Cabo Verde 2018 afirma que existem fases do Trabalho de Parto que são:

Primeiro período: desde o início do trabalho de parto até à dilatação completa do colo uterino.

Fase latente: até 3 cm de dilatação com contratilidade

Fase ativa: a partir de 4 cm de dilatação com contratilidade regular – pelo menos 2 contrações num período de 10 minutos com duração mínima de 30 segundos (2-3/10mn/30 s).

Durante a fase ativa do trabalho de parto a avaliação do colo do útero deve ser feita de 2 em 2 horas

A duração estimada do início da fase ativa até à dilatação completa é de 10 horas numa primigesta e de 8 horas numa múltipara.

Segundo período: da dilatação completa do colo uterino até à expulsão do feto.

A duração estimada do segundo período é de 2 horas numa primigesta e de 1 hora numa múltipara.

Terceiro período: corresponde à dequitação. O tempo estimado é de 30 minutos.

Quarto período: é o pós-parto imediato (até 2 horas após o parto)

1.3 Conceito de urgências obstétricas

É de extrema importância saber o conceito de urgências obstétricas para uma boa avaliação de uma situação de risco. Senso assim aos olhos de Roman, (2009) caracteriza-se por urgência, a ocorrência de agravos de saúde, com risco real a vida, cujo portador necessita de intervenção rápida e efetiva, estabelecidos por critérios médicos previamente definidos.

Entretanto sabemos que a gestação é um fenómeno fisiológico cuja evolução se dá na maioria dos casos sem intercorrências, porém há uma pequena parcela de gestantes que por alguma doença pré-existente ou agravos têm maior probabilidade de apresentar uma evolução desfavorável tanto para o feto quanto para a mãe (Ministério da Saúde do Brasil, 2012).

E neste sentido que Rezende (2006) define a Urgência e Emergência Obstétrica como qualquer situação que põem em risco a vida da grávida e do feto e cuja resolução exige uma resposta quase imediata por toda a equipe de saúde.

Contudo as doenças que mais acometem as gestantes, na maioria das vezes, produzem manifestações clinicamente detetáveis no decorrer da gestação. Porém, usualmente os sinais e sintomas aparecem apenas no último trimestre da gestação, quando as alterações patológicas se encontram em um estágio avançado, gerando condições ameaçadoras à vida da mãe e/ou do concepto, expondo as gestantes desprovidas de assistência especializada a situações de urgências/emergências obstétricas, que exigem intervenções imediatas e, em alguns casos, até mesmo a interrupção da gravidez (Smeltzer & Bare, 2009).

Posteriormente Rezende, (2014) define as urgências e emergências obstétricas como situações cuja resolução exige uma resposta quase imediata por toda a equipe de saúde.

1.4 Urgências obstétricas

A maioria das gestações evolui sem nenhum tipo de intercorrências, porém durante o seu decorrer algumas complicações que levam a mortalidade e morbidade podem ameaçar a vida materna, configurando assim, em uma situação de urgência obstétrica, requerendo uma intervenção adequada, imediata e em determinadas situações, a interrupção da gestação, por isso é importante conhecer algumas das urgência obstétrica.

1.4.1 Hipertensão na gravidez

Dados do Ministério da Saúde do Brasil (2012) apontam a hipertensão como a maior causa de morte materna no país, responsável por cerca de 35% da taxa de 140 a 160 mortes maternas a cada 100.000 nascimentos. Os dados diferem dependendo da região geográfica, mas em todas a hipertensão ocupa o primeiro lugar.

1.4.1.1 Hipertensão Arterial

Pressão arterial igual ou maior que 140/90 milímetro de mercúrio (mmHg), considerada pressão sistólica o primeiro ruído (aparecimento do batimento), e pressão diastólica o quinto ruído de karotkoff (desaparecimento do batimento).

Sob o mesmo ponto de vista o Ministro da Saúde e da Segurança Social de Cabo Verde 2018, define hipertensão na gravidez sendo, tensão arterial sistólica (TAS) superior ou igual a 140

mmHg e tensão arterial diastólica (TAD) superior ou igual a 90mmHg, em 2 ocasiões, com intervalo de no mínimo 4 horas ou TAD igual ou superior a 110mmHg (única medida).

Crise Hipertensiva: - É o episódio agudo e rápido de elevação da pressão arterial acompanhada de sinais de Rubor, alteração de comportamento, Cefaleia, Dispneia, Torpor e alterações visuais que podem evoluir para o Acidente coronário ou Encefálico, sendo que a pressão Diastólica ultrapassa valores de 110mmHg.

Pré-Eclâmpsia: - É a Hipertensão que ocorre após a 20ª semana de gestação, ou antes, em casos de doença Trofoblástica gestacional ou Hidropisia fetal, acompanhado de proteinúria com desaparecimento até doze semanas após o parto. Na ausência de proteinúria o aumento da pressão aparece acompanhado de Cefaleia, distúrbios visuais, dor abdominal, plaquetopenia e aumento das enzimas hepáticas. A Pré-Eclâmpsia é classificada em leve ou grave de acordo com o grau de comprometimento:

- **Pré-Eclâmpsia Leve:** É a presença de hipertensão abaixo de 160/110mmHg, em pelo menos duas aferições, que acontecem após a 20ª semana de gestação em pacientes que nunca apresentaram manifestação hipertensiva, exceto para quem tem Mola Hidatiforme, que pode causar com Pré- Eclâmpsia antes da 20ª semana acompanhada de Proteinúria.
- **Pré-Eclâmpsia Grave:** É quando há a presença de pressão arterial diastólica igual ou maior que 110mmHg, oligúria, sinais de encefalopatia hipertensiva (Cefaleia, Distúrbios Visuais), dor epigástrica, dor em hipocôndrio direito, proteinúria, mudança de humor, anasarca, sinais de anemia, plaquetopenia e eclâmpsia (Vasconcelos, 2002).

Do mesmo modo Ministro da Saúde e da Segurança Social de Cabo Verde (2018) define Pré-eclâmpsia diagnosticada a partir da 20ª semana de gravidez proteinúria significativa (\geq + em fita ou \geq 300mg em urina de 24h) a suspeita fortalece-se quando o aumento da pressão arterial se associa a cefaleias, distúrbios visuais e epigastrialgias, mesmo na ausência de proteinúria. Mas também afirma que a Previsibilidade de desenvolvimento de pré-eclâmpsia é;

- Ganho ponderal de 1000 g/semana ou 3000 g/mês

- Alteração da fluxometria das artérias uterinas entre a 11ª e 13ª semanas, caso disponível
- Avaliação da TAM = $TAS + 2 \times TAD / 3$ (positivo caso seja $\geq 90\text{mmHg}$)
- Presença de RCIU/oligohidrânio

Eclâmpsia: - É a crise convulsiva de características tônico-clônicas que pode surgir em gestantes ou puérperas procedida pelo agravamento do quadro hipertensivo e por sintomas próprios da eminência de Eclâmpsia (Cefaleia, Diplopia, Visão turva, Escotomas, Epigastrialgia, dor em hipocôndrio direito acompanhada frequentemente por alterações cardiovascular, no sistema nervoso central, rins e fígado (Vasconcelos, 2002).

Numa mesma linha de pensamento o Ministro da Saúde e da Segurança Social de Cabo Verde 2018 define Eclâmpsia como sendo Convulsões /coma que não podem ser atribuídas a outras causas. Não há associação direta com a gravidade dos valores da Tensão Arterial.

Acomete o último trimestre da gestação de puerpério imediato, as convulsões iniciam-se em torno da boca com contrações faciais, que evoluem para contração rígida e generalizada de todos os músculos do corpo, acompanhada de breve parada respiratória. Após 20 segundos iniciam-se movimentos tônicos e clônicos de toda a musculatura com abertura e fechamento da mandíbula, flexão e extensão dos membros. O Episódio dura 1 minuto e regride espontaneamente, a repetição das convulsões leva ao coma e a morte. Ao recuperar a consciência a paciente não tem lembrança do que aconteceu, durante o coma não se deve afastar a possibilidade de acidente hemorrágico (Vasconcelos, 2002).

1.4.1.2 Hipertensão gestacional (transitória)

É diagnosticada a partir da 20ª semana de gravidez, com ausência de proteinúria e normalização da TA antes da 12ª semana após o parto.

1.4.1.3 Hipertensão arterial crónica com pré-eclâmpsia sobreposta

Aparecimento de proteinúria ou agravamento da existente em pacientes com hipertensão arterial crónica.

Critérios de gravidade

- TAS superior ou igual a 160 mmHg
- TAD superior ou igual a 110mmHg
- Oligúria ($\leq 30\text{ml /h}$)
- Creatinina superior a 1,2mg/dl
- Dor epigástrica ou no hipocôndrio
- Trombocitopenia
- Aumento das enzimas hepáticas
- Presença de esquizócitos em esfregaço de sangue periférico
- Sinais de iminência de eclâmpsia
- Evidência clínica e /ou laboratorial de coagulopatia

1.4.2 Hemorragias na gravidez

O sangramento vaginal no 1º trimestre da gravidez é relativamente comum, ocorrendo em aproximadamente 25% das pacientes que sabem que estão grávidas. Em muitas pacientes o sangramento é auto limitado e deve-se provavelmente, a implantação ovular no endométrio decidualizado. Outras causas menos frequentes de sangramento vaginal durante toda a gestação são: cervicites, pólipos endocervicais, ectrôpio, câncer de colo uterino e trauma vaginal (Sass & Oliveira, 2013).

1.4.2.1 Aborto

Aborto é a interrupção da gravidez ocorrida antes 20ª – 22ª semana da gestação. Também pode ser conceituado como morte ou expulsão ovular ocorrida antes da 22ª semana ou quando o conceito ou feto apresentar peso menor ou igual a 500 gramas (Sass & Oliveira, 2013).

Pode ser considerado precoce quando ocorre até a 13ª semana gestacional ou aborto tardio quando ocorre entre a 13ª e 22ª semana de gestação. O Aborto pode ser classificado de várias formas:

- Ameaça de aborto
- Trabalho de aborto espontâneo
- Aborto incompleto/inevitável
- Aborto completo
- Aborto retido

1.4.2.2 Ameaça de Aborto

É a ocorrência de sangramento uterino discreto, com ou sem cólicas, útero compatível com idade gestacional. A atividade cardíaca embrionária fetal esta presente, colo uterino longo e fechado, sem eliminação de tecidos ovulares. 50% Dos casos evoluem para o aborto (Ministério da Saúde do Brasil, 2012).

1.4.2.3 Aborto inevitável

Ocorre quando há sangramento vaginal mais intenso, com presença de coágulos, cólicas mais intensas que na ameaça de aborto. O útero é compatível com a idade gestacional, o colo uterino apresenta dilatação, mas ainda não ocorreu eliminação do conteúdo uterino, pois o material ovular pode ser identificado no canal cervical (Brasil, 2012 & Brasil, 2000).

1.4.2.4 Aborto Completo

Ocorre quando a totalidade do conteúdo uterino foi eliminada. No geral ocorre em gestações com menos de 8 semanas. O sangramento vaginal diminui, diminuindo também as cólicas após a expulsão. O útero é menor que o esperado para a idade gestacional. O colo uterino pode estar aberto ou fechado. Ao USG o útero mostra-se vazio ou com imagens sugestivas de coágulos (Ministério da Saúde do Brasil, 2012).

1.4.2.5 Aborto Incompleto

Ocorre quando apenas parte do conteúdo uterino foi eliminado. A gestante irá apresentar cólicas com intensidade variável, o sangramento é persistente, maior que na ameaça de aborto, diminuindo com a saída de coágulos ou restos ovulares. O colo do útero encontra-se aberto (pérvio). O útero é menor que o esperado para a idade gestacional (Brasil, 2012; Sass& Oliveira, 2013).

1.4.2.6 Aborto Retido

Acontece quando ocorre à morte do embrião ou feto e o mesmo permanece na cavidade uterina, sem ser eliminado, o sangramento é discreto ou ausente, o útero é menor que o esperado para a idade gestacional. Geralmente o colo encontra-se fechado. Há regressão dos sinais e sintomas da gestação e esta se encontra sem evolução há pelo menos, quatro semanas, há ausência de embrião ou embrião/feto sem vitalidade. Pode ocorrer o abortamento retido sem os sinais de ameaça (Ministério da Saúde do Brasil, 2000).

1.4.2.7 Aborto Infetado

É o processo de aborto acompanhado de infecção genital tais como Endometrite, parametrite e peritonite. Geralmente associado à manipulação uterina com instrumentos e técnicas inadequadas. São infecções poli Microbianas provocadas por bactérias da flora vaginal, ocorrendo com maior frequência após abortamento incompleto. São infecções graves que podem levar a septicemia e choque séptico e devem ser tratadas independentemente da vitalidade fetal. As manifestações mais frequentes dependendo da evolução são febre acima de 38°C, calafrios, pulso acelerado, taquipneia, sudorese, hipotensão, sangramento com odor fétido, acompanhado com dor abdominal e a manipulação do colo uterino, eliminação de secreção purulenta, útero amolecido (Ministério de Saúde do Brasil, 2012 e Ministério de Saúde do Brasil, 2000).

1.4.2.8 Aborto Habitual

São perdas espontâneas e sucessivas de três ou mais gestações. Nestes casos é necessária uma anamnese detalhada para detetar possíveis causas associáveis como: más formações uterinas (útero Bicórneo, útero septado, útero Didelfo), Míomatose uterina e insuficiência istmo cervical (Ministério da Saúde do Brasil, 2012).

Toda gestante com sangramento vaginal no primeiro trimestre deve ser submetida a exame abdominal, especular e toque. A equipe cabe manter um ambiente calmo, limpo e oferecer conforto a esta paciente.

1.4.2.9 Trabalho de Aborto ou Aborto Espontâneo

É a perda involuntária da gestação, ocorre com presença de cólicas intensas. O Sangramento vaginal é moderado, o colo uterino encontra-se aberto e na ecografia não há visualização do embrião, o batimento cardíaco está ausente.

1.4.2.10 Aborto Provocado

Quando realizado clandestinamente é alta a morbimortalidade materna por perfuração uterina e vísceras abdominais, hemorragia, infecção localizada ou sistêmica, choque séptico é a causa mais frequente de esterilidade (Ribeiro & Alencar Júnior, 2014).

Na mesma linha de pensamento o Ministro da Saúde e da Segurança Social de Cabo Verde (2018), define hemorragia na gravidez como qualquer perda sanguínea durante a gravidez sendo que as hemorragias da 1ª metade da gravidez vão até às 22 semanas.

Quadro 2: Tipos de aborto, clínica e conduta

Designação	Sinais e sintomas	Ecografia	Conduta
Ameaça de aborto	<ul style="list-style-type: none"> Atraso menstrual; Hemorragia com ou sem dor; Útero compatível com idade gestacional Colo formado e fechado 	Confirma gravidez intrauterina	<ul style="list-style-type: none"> Descartar bacteriúria assintomática Repouso Tratamento hormonal opcional (progesterona micronizada)
Aborto em curso	<ul style="list-style-type: none"> Atraso menstrual; Hemorragia com dor; Colo modificado ou aberto; 	Confirmar presença de produtos de concepção intrauterino	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalização-critério clínico Esvaziamento uterino
Aborto retido	<ul style="list-style-type: none"> Atraso menstrual Hemorragia com ou sem dor Útero compatível ou não com a idade gestacional Colo formado e fechado 	Confirmar gravidez não evoluída	<ul style="list-style-type: none"> Hospitalização critério clínico Esvaziamento uterino
Aborto incompleto	<ul style="list-style-type: none"> Atraso menstrual Hemorragia com ou sem dor Útero com dimensões inferiores a idade gestacional Colo formado e fechado 	Confirmar presença de restos ovulares	Esvaziamento uterino
Aborto completo	<ul style="list-style-type: none"> Atraso menstrual Hemorragia em pouca quantidade e sem dor Útero com dimensões inferiores a idade gestacional Colo fechado 	Confirmar a ausência de produto de concepção intra e extrauterino	Orientações para contraceção /consulta de planeamento familiar

Aborto séptico	<ul style="list-style-type: none"> • Febre • Dor abdominal e/ou à palpação bimanual • Alterações da consistência do útero (amolecido) • Restos ovulares ou sangue com odor fétido 	Confirmar presença de produtos de concepção	<ul style="list-style-type: none"> • Internamento • Hemorragia, PCR • Antibioticoterapia curativa (ampicilina 1g EV 6/6h+ metronidazol 500mg EV ou VO 8/8h) • Oxitocina EV se necessário • Esvaziamento uterino após 12 a 24h do início da antibioticoterapia
----------------	---	---	--

Fonte: Ministro da Saúde e da Segurança Social de Cabo Verde 2018

1.4.3 Infecção urinária na gravidez

No que diz respeito as infeções urinárias na gravidez o Ministro da Saúde e da Segurança Social de Cabo Verde (2018) afirma que constitui a mais comum infeção bacteriana na gravidez em que as formas clínicas são, bacteriúria assintomática, cistite aguda, pielonefrite aguda (PNA) e os fatores de risco ITU recorrente são: infeção vaginal, diabetes, alterações anatómicas do trato urinário, hidronefrose fisiológica.

Complicações

- Parto prematuro
- Sépsis neonatal
- Rotura prematura de membranas
- Choque séptico
- Síndrome da angústia respiratória (SARA)

1.4.4 Trabalho de parto-pré termo

É a presença de contrações uterinas dolorosas, regulares, com modificações do colo uterino, antes das 37 semanas de gestação que ocorre em cerca de 10% das gestações, sendo a principal causa de morbilidade e mortalidade neonatais. (Ministro da Saúde e da Segurança Social de Cabo Verde 2018).

Os Fatores de risco que arremetem a essa urgência obstétrica são:

- Parto prematuro anterior

- Colo uterino curto
- História de cirurgia do útero e do colo uterino
- Sangramento de causa obstétrica
- Período intergestacional curto
- Incompetência istmo-cervical
- Gestação múltipla
- Infecções na gravidez
- Miomas
- Baixo peso antes da gravidez Tabagismo.
- Idades extremas
- Nível socioeconómico baixo

Crítérios de diagnóstico

- Contrações uterinas ≥ 2 em 10 mn
- Apagamento do colo do útero $> 80\%$
- Dilatação cervical ≥ 3 cm
- Cervicometria < 20 mm na ecografia transvaginal

1.4.5 Distocias do trabalho de parto

Quanto as distocias do trabalho de parto o Ministro da Saúde e da Segurança Social de Cabo Verde (2018) define como sendo anormalidades na evolução do trabalho de parto, que se classifica como sendo distocia dinâmica que são contrações uterinas inadequadas, distocia mecânica onde dependente do Canal de parto (insinuação /canal de parto/expulsão) dependente do Objeto: Feto (Número/Forma/Tamanho/Situação/Apresentação) e anexos fetais (Placenta/Cordão), e distocia do mecanismo do parto onde podemos encontrar flexão da cabeça e rotação da cabeça.

1.4.6 Indução do trabalho de parto

É a estimulação da contractilidade uterina antes do início do trabalho de parto espontâneo. A preparação do colo (priming) é um processo que ocorre previamente ao início do trabalho de parto (TP) e que se caracteriza por amolecimento, encurtamento e dilatação do colo. (Ministro da Saúde e da Segurança Social de Cabo Verde 2018).

As indicações para indução do trabalho de parto não são absolutas e devem ter em conta

fatores maternos e fetais, bem como a idade gestacional e as características do colo do útero.

A indução do trabalho de parto só está indicada antes das 41 semanas de gestação se existirem fatores maternos ou fetais que possam determinar desfechos desfavoráveis, caso se opte pelo prolongamento da gravidez.

São estas as indicações:

- Rotura prematura de membranas / Corioamnionite
- Restrição de crescimento intrauterino
- Diabetes mellitus
- Doença hemolítica perinatal
- Gestação igual ou superior a 41 semanas
- Doença hipertensiva
- Malformação fetal
- Morte fetal
- Oligoâmnios
- Fatores logísticos

Sendo assim existem contra- indicações que são:

Contraindicações absolutas

- Placenta prévia ou vasa prévia
- Prolapso do cordão
- Herpes genital ativo
- Cirurgia uterina prévia com incisão profunda no miométrio
- ≥ 2 Cesarianas anteriores e /ou incisão uterina corporal ou em T invertido
- Evidência de incompatibilidade feto-pélvica (causa materna ou fetal)
- Alteração do bem-estar fetal (perfil biofísico alterado, oligohidrâmnios severo, cardiotocografia patológica, alteração do doppler)
- Apresentação ou situação fetal anómala
- Gestação múltipla com primeiro feto pélvico ou gémeos homozigóticos

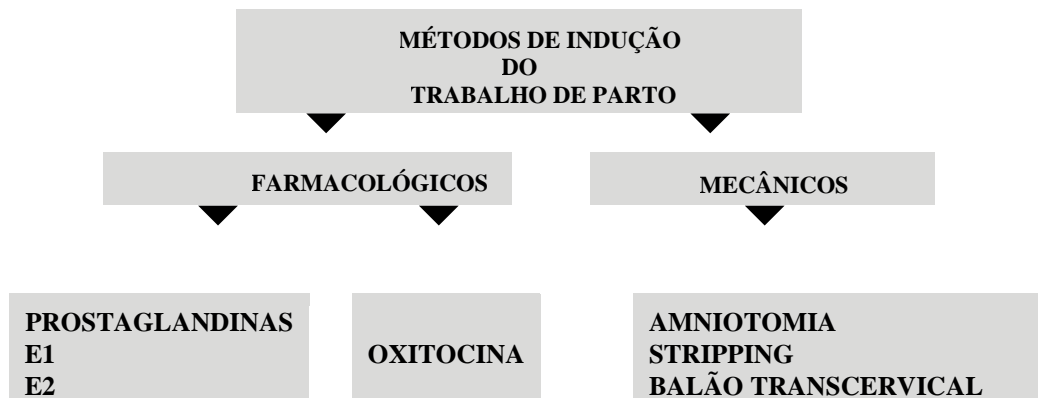
Contraindicações relativas

- Grande multiparidade
- Cesariana anterior sem incisão corporal Prematuridade

Os Riscos para uma indução do trabalho de parto são:

- Taquissístolia
- Alterações dos padrões habituais de frequência cardíaca fetal
- Rotura uterina
- Prematuridade iatrogénica
- Risco aumentado para parto instrumental ou cesariana

Figura 1: Métodos de indução do trabalho de parto



Fonte: Ministério da Saúde e Segurança Social 2018

1.4.7 Gravidez ectópica

A gravidez ectópica corresponde a nidação ou implantação do ovo fora da cavidade uterina. O tipo mais frequente deste tipo de gravidez é a tubária (Brasil, 2012; Ribeiro & Alencar Júnior, 2014).

Os fatores de risco são: História de gravidez Ectópica prévia, Cirurgia tubária prévia, Infecções tubárias anteriores e Contraceção com progesterona. Pode ocorrer também com gestantes sem nenhum fator de risco.

Segundo o Ministério saúde do Brasil (2003) e Ministério saúde do Brasil (2012) os principais sinais e sintomas são: dor e o sangramento vaginal são os sintomas mais importantes da gravidez ectópica, pois estão presentes em quase todos os casos. O sangramento pode ser em pequena quantidade ou irregular, ocorrendo às vezes, após pequeno atraso menstrual. No exame físico pode ser evidenciada presença de sangue no canal vaginal. O útero é menor que o esperado para a idade gestacional. Há o amolecimento do colo uterino e do pélvico, às

vezes mais localizado em uma região anexial onde se pode palpar uma massa dolorosa.

Nos casos onde ocorreu rotura uterina podem estar presentes sinais e sintomas de hemoperitônio e choque, com dor intensa associado a abdômen distendido e silencioso, dor em ombro e abaulamento de fundo de saco vaginal.

Nestes casos o tratamento pode ser tratamento clínico ou cirúrgico. O tratamento cirúrgico pode ser dividido em conservador e radical. Na conduta conservadora é importante obter a concordância da gestante, pois haverá a extirpação total ou parcial das trompas através da Salpingectomy.

As Hemorragias da segunda metade da gestação são uma das principais causas de internação de gestantes no período antes do parto, com importante aumento da morbimortalidade materna e perinatal bem como de parto feitos em casa. A morbimortalidade perinatal está associada principalmente aos altos índices de prematuridade, o descolamento prematuro da placenta, placenta prévia, rotura uterina e vasa prévia correspondem a até 50% dos diagnósticos e são as principais causas de hemorragias com risco de vida.

Seguindo a mesma linha de pensamento Ministro da Saúde e da Segurança Social de cabo verde (2018) afirma que gravidez ectópica é a implantação do produto da concepção fora da cavidade endometrial, sendo que, os fatores predisponentes são:

- 50 % Idiopática
- Idades extremas (<18 anos e > 35 anos)
- Cirurgia pélvica/abdominal prévia
- Cirurgia tubária prévia (risco 2-7%)
- Patologia tubária
- Gravidez ectópica prévia (15% de recorrência)
- Presença de DIU
- Laqueação tubária
- Infecção genital prévia (Gonorreia, Clamydia, Doença Inflamatória Pélvica, Tuberculose pélvica)
- História de Infertilidade
- Estilos de vida (tabagismo, início de vida sexual antes dos 18 anos, duches vaginais)
- Vários parceiros sexuais ao longo da vida
- Utilização frequente de contraceção de emergência

Quadro clínico

- Variável – desde assintomática até choque hipovolémico
- Tríade clássica (presente em 50% dos casos) - *Atraso menstrual, hemorragia vaginal escassa, dor abdominal*
- Síncope, mal-estar, dor no ombro
- Dor à mobilização uterina e/ou ao toque do fundo de saco posterior
- Presença de massa anexial (50%) ao toque bimanual
- Defesa abdominal, reação peritoneal
- Taquicardia, hipotensão

1.4.8 Placenta prévia

É definida como a implantação parcial ou total da placenta no seguimento inferior do útero. Pode ser classificado de três maneiras, de acordo com sua posição em relação ao colo do útero.

- BAIXA: localizada próximo ao colo do útero, sem atingi-lo.
- MARGINAL: Atinge o orifício interno do colo do útero, sem recobri-lo.
- COMPLETA OU CENTRO TOTAL: Recobre totalmente o orifício interno do colo do útero.

A placenta prévia ocorre em 1 a cada 200 gestações que chegam ao terceiro trimestre. É um achado ultrassonográfico frequente em exames realizados entre 16 a 20 semanas de gestação. Porém 90% desses achados normalizarão até o termo devido à teoria da “migração placentária”, em função da combinação entre o crescimento placentário em direção ao fundo uterino bem mais vascularizado. Com a degeneração das viscosidades periféricas que receberão menor suplemento sanguíneo, conferindo uma implantação placentária adequada. O principal fator de risco para a placenta prévia é a cicatriz uterina anterior, tais como a cesariana, a miomectomia e a curetagem (Sass & Oliveira, 2013).

A multiparidade, a idade materna avançada, tabagismo e gemelaridade, também são fatores associados. A probabilidade de ter uma placenta prévia numa gravidez futura aumenta significativamente para mulheres que possuem cicatriz uterina. A placenta com implantação anormal tem maior probabilidade de estar aderida anormalmente ao útero, de ser placenta acreta, ampliando o risco de hemorragia e aumentando a morbimortalidade materna (Sass & Oliveira, 2013).

O sangramento uterino é indolor, no segundo ou terceiro trimestre. Geralmente ocorre em pequena quantidade e auto limitado, não levando a uma espoliação materna significativa. Nas placentas prévias Marginais, muitas vezes o sangramento não se apresenta até o momento do parto. Gestantes com placentas prévias centram totais podem apresentar sangramento entre a 26 e 28 semanas de gestação.

Sangramento este chamado de sentinela, o mesmo é intenso e abundante, de coloração vermelho vivo, com necessidade de internações e transfusões frequentes. No acretismo é comum não haver sangramento até o fim do parto, pode haver contrações uterinas, mas não aumento do tônus entre as contrações. O exame físico deve ser iniciado pela aferição dos sinais vitais da gestante (Ministério da Saúde do Brasil, 2012).

O Exame obstétrico deve ser cuidadoso com a palpação abdominal, medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos fetais. O exame especular deve ser realizado de maneira cuidadosa para evidenciar a origem e quantidade do sangramento. O toque nunca deve ser realizado na suspeita de inserção baixa de placenta até que se tenha conhecimento da exata localização placentária.

A ecografia abdominal é o mais seguro método para seu diagnóstico, pois mostra exatamente a localização placentária e sua posição em relação ao orifício interno do colo do útero.

Quanto aos principais agravos, este acontecem com maior frequência no 1º e no 2º trimestre da gravidez, pois cerca de 10 a 15% das gestantes irão apresentar episódios hemorrágicos que podem representar complicações gestacionais ou agravos ginecológicos. Sendo as mais importantes situações hemorrágicas, as do 1º trimestre da gestação, também conhecida como Tríade dos sangramentos do 1º trimestre, a saber: Abortamento, gravidez Ectópica e mola Hidatiforme (doença Trofoblástica gestacional benigna). E os sangramentos da 2ª metade da gestação, Gravidez ectópica, descolamento prematuro da placenta, rotura uterina e vasa prévia (Sass & Oliveira, 2013).

1.4.9 Deslocamento prematuro da placenta (DPP)

O DDP é definido como a separação da placenta da parede uterina antes do parto. Pode ser Parcial ou Total e classificado em três graus; levando em consideração os achados clínicos e laboratoriais (Ministério da Saúde do Brasil, 2012).

DPP GRAU 1: - Ocorre sangramento genital discreto sem hipertonia uterina significativa,

vitalidade fetal preservada, sem repercussões hemodinâmicas ou coagulopatias. Diagnostica-se no pré-parto com a identificação do coágulo retro placentário.

DPP GRAU 2: Sangramento genital moderado e contrações tetânicas. Presença de taquicardia materna e alterações posturais da pressão arterial. BCF presentes, porém com sinais de comprometimento de vitalidade.

DPP GRAU 3: - Sangramento genital importante com hipertonia uterina. Hipertensão arterial materna e óbito fetal. Pode ocorrer com a sua coagulopatia. Pode ocorrer hipertonia uterina com sangramento oculto.

O DPP ocorre aproximadamente em 1% a 2% das gestações. É das piores complicações obstétricas aumentando a mortalidade materna por maior incidência de hemorragia e anemia, complicações perinatais como prematuridade, restrição do crescimento fetal, baixo peso ao nascer, sofrimento fetal e óbito perinatal. O DPP é a principal causa de óbito perinatal (Sass & Oliveira, 2013).

Dentre os fatores de risco estão: Hipertensão (a Hipertensão gestacional pré-existente responde por 50% do caso de DPP não traumática), o acidente automobilístico é a maior causa de DPP relacionada ao trauma, o deslocamento pode ocorrer por desaceleração ou trauma direto no abdômen. Esse diagnóstico muitas vezes é subestimado devido ao não uso de monitoração fetal em gestantes vítimas de traumas, a monitorização fetal rotineira nessas gestantes diminuiria o número de perdas fetais decorrentes de trauma automobilísticos (Fortes, 2010).

O quadro clínico característico do DPP é dor abdominal associada ou não a sangramento vaginal. A dor varia de leve desconforto até dor intensa, associada a aumento do tônus uterino, que pode se manifestar em graus variados, desde uma taquihiperssistolia até hipertonia. Em caso de placenta de inserção posterior, a dor é lombar. Na gestante em trabalho de parto, há persistência da dor entre as contrações (Rezende & Montenegro, 2006).

O sangramento pode se manifestar das seguintes maneiras:

- Hemorragia exteriorizada;
- Hemo âmnio;
- Sangramento retro placentário;

Da mesma forma o Ministro da Saúde e da Segurança Social de Cabo Verde (2018) diz-nos

que o descolamento prematuro da placenta normalmente inserida (DPPNI) é um desprendimento da placenta antes do terceiro período do parto e pode ser:

Total – envolve toda a extensão da placenta e geralmente cursa com óbito fetal

Parcial – envolve apenas uma porção da placenta. A hemorragia pode exteriorizar-se ou permanecer oculta (1/4 dos casos).

De entre os fatores de risco temos a HTA crónica / Pré-eclâmpsia, multiparidade, idade materna avançada, hábitos tabágicos e/ou ilícitos, antecedentes de cesariana, intervalo intergestacional <1 ano, antecedentes de DPPNI, traumatismo abdominal direto, descompressão uterina súbita (hidrâmnios, pós-parto do 1º gémeo), RPM – situações de oligoâmnio grave prolongado, Fibromioma - se localizado sob o local de implantação da placenta, hemorragia subcoriônica no início da gestação, e Trombofilias.

Ainda o mesmo salienta que o quadro clínico para DPPNI é sangramento vaginal escuro não coagulado ou do tipo sero-hemático (As perdas sanguíneas vaginais podem não indicar a gravidade do quadro clínico materno-fetal - instabilidade hemodinâmica, choque), dor abdominal - mais intensa nos quadros mais graves, contractilidade uterina aumentada – hipertonia, taquissístolia, útero doloroso à palpação, evidência de hipoxia fetal aguda (pode ser o primeiro sinal), e sinais de hipovolémia materna.

1.4.10 Diabetes na gravidez

É definida como uma intolerância a hidratos de carbono, de gravidade variável, que se inicia durante a gravidez atual e não preenche os critérios diagnósticos de diabetes mellitus franca.

Esta situação pode ser transitória ou pode persistir após o parto, representando assim o aparecimento da diabetes mellitus tipo 2 durante a gravidez, importância do rastreio da diabetes gestacional relaciona-se com as potenciais implicações desta condição clínica que são: parto prematuro, pré-eclâmpsia, aumento de peso fetal, macrosomia fetal, risco de distocia de ombros, hipoglicémia neonatal clínica e morte fetal intrauterina. (Ministro da Saúde e da Segurança Social de Cabo Verde 2018)

Ainda o mesmo salienta que os fatores de risco são:

- Idade materna avançada;
- Sobrepeso/obesidade ou ganho excessivo de peso na gravidez atual;
- Deposição central excessiva de gordura corporal;

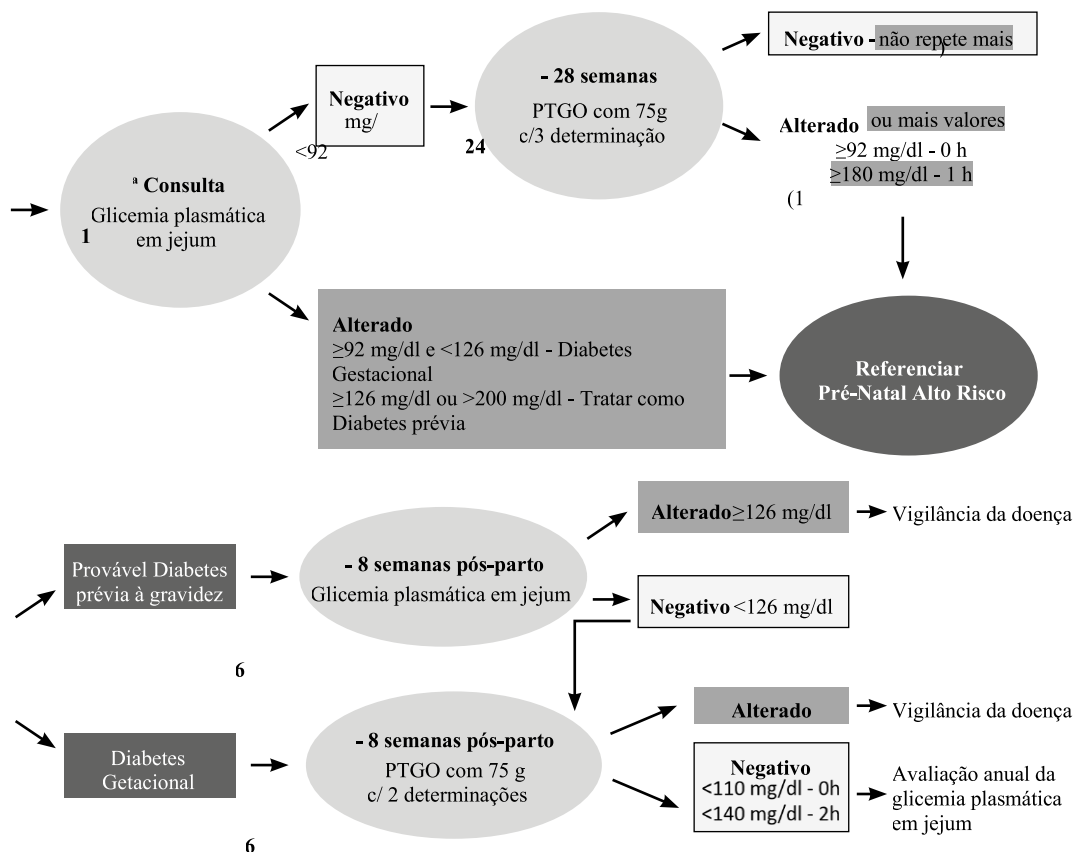
- História familiar de diabetes em parentes de primeiro grau;
- Antecedentes obstétricos de abortos de repetição, malformações, morte fetal ou neonatal, macrosomia ou diabetes gestacional diagnosticada;
- Síndrome de ovários poliquísticos;

Quadro 3: Valor de referência para o diagnóstico de diabetes

Glicemia em jejum	<92mg/dl (5,1 mmol/L)	Considerar normal, mas re-avaliar no segundo trimestre (PTGO entre as 24 e 28 semanas)
	≥92mg/dl (5,1mmol/L)<126 mg/dl (7mmol/L)	Repetir o exame, se o valor permanece nos mesmos parâmetros – diagnosticar e tratar como diabetes gestacional
	126mg/dl (jejum) ou 200mg/dl (11,1mmol/L) (aleatório)	Repetir o exame, se o valor permanece nos mesmos parâmetros – diagnosticar e tratar como diabetes mellitus prévia à gravidez

Fonte: Ministro da Saúde e da Segurança Social de Cabo Verde (2018)

Figura 2: Fluxograma- Diagnóstico e conduta na diabetes e gravidez



Fonte: Ministro da Saúde e da Segurança Social de Cabo Verde 2018)

1.5 Fatores de risco

Existem vários fatores de riscos na gestação, estes fatores de riscos podem agir de forma isolada ou conjunta, dentre os quais se podem destacar as condições sócio demográficas, extremos de idade, hipertensão arterial prévia, diabetes, antecedentes gestacionais desfavoráveis como o tabagismo, o alcoolismo, o diabetes mellitus, a hipertensão arterial sistêmica, as cardiopatias, a epilepsia, a pré-eclâmpsia e a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. Estes fatores podem causar complicações, sendo estas manifestadas no decorrer da gravidez ou durante o trabalho de parto.

De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil (2001), vários são os fatores que geram riscos a gestante e o feto, entre eles podemos citar: condições sociais e ambientais precárias, tabagismo, etilismo, gemelaridade, menores de 15 anos e maiores de 40 anos. Esses fatores são agrupados em quatro grandes grupos: Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, historia reprodutiva anterior, doença obstétrica na gravidez atual e as intercorrências clínicas que decorrem ao longo da gestação.

Caraterísticas individuais e Condições socio demográficas:

- Idade maior que 35 anos;
- Idade menor que 15 anos ou menarca há menos de 2 anos;
- Altura menor que 1,45m;
- Peso pré-gestacional menor que 45kg e maior que 75kg (IMC30);
- Anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos;
- Situação conjugal insegura;
- Conflitos familiares;
- Baixa escolaridade;
- Condições ambientais desfavoráveis;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
- Hábitos de vida – fumo e álcool;
- Exposição a riscos ocupacionais: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse.

Historia reprodutiva anterior:

- Abortamento habitual;
- Morte perinatal explicada e inexplicada;
- História de recém-nascido com crescimento restrito ou malformado;
- Parto pré-termo anterior;
- Esterilidade/infertilidade;
- Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos;
- Nuliparidade e grande multiparidade;
- Síndrome hemorrágica ou hipertensiva;
- Diabetes gestacional;
- Cirurgia uterina anterior (incluindo duas ou mais cesáreas anteriores)

Doença obstétrica na gravidez atual

- Hipertensão Arterial;
- Cardiopatias;
- Pneumopatias;
- Nefropatias;

- Endocrinopatias (Principalmente Diabetes E Tireoidopatias);
- Hemopatias;
- Epilepsia;
- Doenças Infeciosas (Considerar A Situação Epidemiológica Local);
- Doenças Autoimunes;
- Ginecopatias;
- Neoplasias.

Intercorrências clínicas

- Doenças infectocontagiosas vividas durante a presente gestação (ITU, doenças do trato respiratório, rubéola, toxoplasmose etc.);
- Doenças clínicas diagnosticadas pela primeira vez nessa gestação (cardiopatias, endocrinopatias).

1.6 Classificação de risco

A classificação de risco é uma tecnologia que intervém diretamente no acesso das pessoas aos serviços de urgência, sendo assim os enfermeiros efetuam a utilização de protocolos pré-estabelecidos.

Frequentemente a classificação de risco em obstetrícia é norteadada por um protocolo de atendimento e organização de fluxos, baseado nos sinais e sintomas apresentados por cada gestante e tem como finalidade ordenar a demanda do serviço e identificar a paciente crítica ou mais grave a fim de se possibilitar um atendimento rápido e seguro (Brilhante, Vasconcelos, Bezerra., De Lima, Castro & Fernandes 2016).

Nessa perspectiva, o procedimento de classificação de risco identifica as pessoas que necessitam de tratamento de urgência e emergência de acordo com as suas queixas, quadro clínico, sofrimento e potencial de risco e agravamento (Molecular systems biology, 2002, 2004, 2009).

Pois, avaliar riscos e vulnerabilidade significa atenção tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, muitas vezes o usuário está aparentemente sem sinais de problemas físicos, porém muito angustiado e vulnerável, necessitando de atendimento imediato (MSB, 2009).

Por isso, o enfermeiro deve possuir conhecimento dotado de perícia, fundamentado em situações práticas (Sousa & Bastos, 2008).

Assim sendo, Neris & Santana (2010) classificam a gestação em dois tipos, sendo eles, gestação de baixo risco em que a mulher não apresenta nenhum tipo de complicação durante o ciclo gravídico puerperal, e evoluindo em 90% dos casos. E gestação de alto risco onde a gestante começa com problemas ou apresenta a possibilidade de evolução desfavorável nesse ciclo. Além disso, a condição sociobiológica também é um fator predominante.

A gestação de alto risco é quando ocorre qualquer doença materna ou condição sociobiológica durante o período gestacional, podendo prejudicar a sua boa evolução durante este período (Neris & Santana, 2010). Segundo o mesmo, a atenção integral à saúde das gestantes e das puérperas é a melhor estratégia para prevenir mortes maternas, abortamentos, natimortalidades, óbitos neonatais e intercorrências ocorridas no ciclo grávido-puerperal.

1.7 Assistência de enfermagem nas urgências obstétricas

Os profissionais de saúde são, contribuintes desta experiência e desempenham um papel importante. Têm a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos, Podendo minimizar a dor, dar conforto, esclarecer e orientar.

O enfermeiro, baseado por seu saber-fazer, tem o papel de prestar uma assistência integral e humanizadas as mulheres que apresentam distorcias gravídicas e que hospitalizam no serviço de urgência e emergência.

Contudo, desempenhar este papel não é fácil. A maioria dos profissionais vê a gestação, o parto, o aborto e o puerpério como um processo predominantemente biológico onde o patológico é o mais considerado. Durante sua formação, doenças são mais ressaltadas e as técnicas são consideradas de maior destaque.

Contudo a enfermagem tem papel importante de amenizar essas situações de estresse, realizando um cuidado diferenciado com orientações e esclarecimento de dúvidas (Maciak *et al.*, 2009).

Num estudo realizado por Dotto, Moulin e Mamede (2006) ressaltam que o profissional qualificado é aquele que recebeu uma formação, treinou e atingiu proficiência nas habilidades necessárias para manejar a gestação normal e também na identificação e referência de complicações, devendo exercê-las de forma competente.

Cabe destacar que os profissionais atuantes em serviços de urgência e emergência devem ser capazes de tomar decisões rápidas, elencar prioridades e avaliar o paciente em sua integralidade, seja gestante ou qualquer outro paciente (Azevedo *et. al.*, 2010).

Ainda, espera-se que a atitude profissional no atendimento à demanda seja de escuta e de interação com o usuário. Porém, ao observar as condutas profissionais praticadas nos serviços de saúde, nota-se ainda que os procedimentos são baseados, muitas vezes, na medicalização e verticalização de programas, de forma fragmentada e hierarquizada entre os profissionais (Lucchese, Vera & Pereira, 2010).

A OMS define que um profissional qualificado pode ser uma parteira profissional ou uma enfermeira com especialização em obstetrícia

Porém ressalta que o profissional qualificado deve dominar as competências obstétricas essenciais independentemente do nível de atenção (Who, 2004).

Nesse âmbito, a atuação dos enfermeiros no acolhimento das gestantes com classificação de risco tem sido descrita como resultado da combinação de conhecimentos teóricos e práticos, envolvimento com políticas públicas e organização do ambiente de trabalho, associados à preocupação com o acolhimento dos usuários e humanização do atendimento (Duro., 2014).

Na mesma linha de pensamento Oliveira e Guimarães (2013) ressaltam que a atuação conferida a profissionais de saúde, com destaque ao enfermeiro, está envolvida com a organização dos serviços de urgência por grau de gravidade e não por ordem de chegada e da valorização dos usuários, por meio da escuta qualificada, buscando classificar os atendimentos de forma mais humanizada.

Consideram o enfermeiro mais capacitado do que outros profissionais de saúde para realizar classificação de risco, pois na sua formação é enfatizada a valorização das necessidades do utente, não só as biológicas, como também as sociais e psicológicas. E, além disto, destaca que esse profissional está preparado para exercer a liderança, o que o conduz a ter uma visão abrangente do setor, incluindo os recursos humanos, área física e fluxo de pacientes (Castilo; Santana & Santos, 2010).

O enfermeiro é apontado como o profissional mais indicado para realizar a triagem dos utentes, pois em sua formação aprende a prestar assistência de uma forma holística, ou seja, sabendo ver o ser humano como um todo, visando atender suas necessidades físicas, psicológicas e se necessário de ordem social (Oliveira & Guimarães, 2013).

De acordo com Oliveira e Guimarães (2013), o enfermeiro deve realizar o primeiro contato com o paciente com a finalidade de verificar prioridades de assistência à saúde, através de uma visão holística, ou seja, saber ouvir as queixas que o levaram a procurar esse serviço sejam elas físicas, psíquicas ou sociais.

O enfermeiro deve-se responsabilizar ativamente pela escuta ao usuário, compreendendo como deve posicionar suas ações nessa atividade para garantir a integralidade, universalidade e princípios defendidos pelo Sistema Único de Saúde. Desta maneira, as ações do profissional de enfermagem em uma unidade de emergência obstétrica precisam ser eficientes e eficazes; contudo, também precisam valorizar a subjetividade do ser humano (Guedes; Henriques & Lima, 2013).

1.8 Condutas e cuidados de enfermagem a ter nas principais urgências obstétricas

Para cada tipo de urgência obstétrica é necessário um cuidado específico para que se possa solucionar o problema da melhor forma, tendo em conta o bem-estar materno-fetal. Sendo assim o ministério da saúde e de segurança social de cabo verde (2018) apontam as seguintes as condutas e cuidados para cada tipo:

Condutas e cuidados de enfermagem pré eclâmpsia leve

- Deve ser orientado repouso compulsório com restrição de exercícios físicos exagerados;
- Evitar ganho excessivo de peso materno;
- Evitar álcool e tabagismo;
- Orientar para consultas quinzenais com avaliação de exames laboratoriais;
- Pesquisar sintomas de Eminência de Eclâmpsia acompanhado ou não de náuseas e vômitos.

Condutas e cuidados de enfermagem pré eclâmpsia grave

- Gestantes com diagnóstico de Pré-Eclâmpsia grave deveram ter internação obrigatória, monitorização laboratorial materna a cada 24h;
- Corrigir Emergência Hipertensiva e monitorização fetal diária;

Condutas e cuidados de enfermagem eclâmpsia

• A ocorrência de convulsões em mulheres com Pré-Eclâmpsia caracteriza o quadro de eclâmpsia, a conduta visa a correção das convulsões da hipertensão e dos distúrbios metabólicos;

- Deve-se manter o ambiente tranquilo e silencioso;
- Manter decúbito elevado 30° e face lateralizada; - Cateter nasal com O2 5L/min.
- Punção venosa ou periférica calibrosa;
- Cateter Vesical contínuo;

A conduta obstétrica visa estabilizar o quadro materno, após a estabilização do quadro e avaliação das condições do bem-estar fetal iniciar preparativo para interrupção da gestação. O edema será significativo quando do aparecimento súbito ou quando alcançar mão e face.

Cuidados e condutas de Enfermagem ameaça de aborto

- orientar repouso;
- Evitar relação sexual (abstinência sexual);
- oferecer apoio psicológico;
- Administrar analgésico e antiespasmódico, conforme a prescrição médica;

Cuidados e condutas de Enfermagem: Aborto inevitável

- A paciente com abortamento inevitável deve ser internada;
- Manter acesso venoso se necessário;
- Oferecer conforto e apoio psicológico;
- Preparar paciente para curetagem se gestação menor que 12 semanas;

- Em gestação maior que doze semanas administrar medicação e infusão venosa de acordo com prescrição;

Conduta e cuidados de enfermagem: Aborto Completo

- Observar o sangramento;
- Oferecer conforto a paciente na internação;
- Verificar Sinais vitais a cada 6 horas: temperatura, pulso radial e pressão arterial;
- Administrar medicação quando prescrito;
- Oferecer apoio psicológico a paciente e seus familiares;

Conduta e cuidados de enfermagem: aborto Incompleto

- Observar o sangramento;
- Oferecer conforto a paciente na internação;
- Verificar Sinais vitais a cada 6 horas: temperatura, pulso radial e pressão arterial;
- Administrar medicação quando prescrito;
- Oferecer apoio psicológico a paciente e seus familiares.

Conduta e cuidados de enfermagem: Aborto Retido

- Observar o sangramento ;
- Oferecer conforto a paciente na internação;
- Verificar Sinais vitais a cada 6 horas: temperatura, pulso radial e pressão arterial;
- Administrar medicação quando prescrito;
- Oferecer apoio psicológico a paciente e seus familiares;
- Preparar paciente para curetagem;

Conduta e cuidados de enfermagem: Aborto Infetado

- Orientar quando a necessidade de internação;
- Manter acesso venoso para corrigir volemia e estabilizar paciente;
- Manter controle rigoroso dos sinais vitais;
- Administrar medicação de acordo com prescrições;
- Preparar a paciente para curetagem;

- Oferecer conforto e apoio psicológico;
- Atentar para piora do quadro, com presença de abscesso pélvico.
- O tratamento deve ser contínuo até que a paciente esteja clinicamente bem e não tiver febre por 24 a 48 horas.

1.9 Diagnósticos de enfermagem segundo Nanda e NIC

Quadro 4: Possíveis diagnósticos e intervenções de enfermagem (NANDA E NIC)

Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Potencial Para Infecção	<ul style="list-style-type: none">• Assistência no Autocuidado• Identificação de Risco• Proteção contra Infecção
Ansiedade relacionada a preocupação com a saúde;	<ul style="list-style-type: none">• Redução da ansiedade;• Melhora do enfrentamento;• Técnica para acalmar.
Fadiga	<ul style="list-style-type: none">• Promoção de exercícios físicos;• Terapia com exercício: controle muscular;• Terapia simples de relaxamento;• Massagem.
Dor	<ul style="list-style-type: none">• Administração de analgésicos;• Controle da dor;• Controle de medicamentos.• Controle do Ambiente: Conforto• Redução da Ansiedade
Mobilidade física prejudicada	<ul style="list-style-type: none">• Massagem.• Assistência no Autocuidado• Controle da Dor• Controle do Ambiente• Controle do Humor
Amamentação Ineficaz	<ul style="list-style-type: none">• Apoio Emocional Cuidado Neonatal:• Método Canguru• Promoção de Vínculo• Redução da Ansiedade
Medo	<ul style="list-style-type: none">• Redução da ansiedade;• Suporte emocional;• Melhora do enfrentamento.

Fonte: elaboração própria.

1.10 Teoria de enfermagem de Afaf Meleis

Em qualquer trabalho de enfermagem faz sentido, recorrer a uma teórica de modo a comprovar a sua essencial e importância para a construção do conhecimento da área. As teorias de enfermagem são importantes pois estas evidenciam a dificuldade e pluralidade dos fenómenos presentes no campo da saúde.

De um modo geral estas se estruturam a partir de 4 conceitos centrais: ser humano, saúde, meio ambiente (físico, social e simbólica) e enfermagem (Schaurich & Crossetti, 2010).

Como referencial teórico para realização do presente trabalho, foi selecionado o modelo teórico de Afaf Meleis com o objetivo de definir e inter-relacionar conceitos essenciais do fenómeno de transição. De modo a harmonizar os cuidados de enfermagem as vivências e experiências da saúde humana.

No que se refere ao que foi mencionado Meleis (2000) no seu trabalho defende que a vida decorre sob determinadas transições que podem ser de quatro categorias distintas, e que, em função do sucesso das mesmas, estas etapas que culminam em transições vão sendo positivamente ultrapassadas. As transições descritas podem ser: transições situacionais; transições organizacionais; transições de desenvolvimento e transições de saúde doença. Neste contexto, Meleis considera a existência de fatores intrínsecos ou extrínsecos à pessoa em questão e que podem ter impacto positivo ou negativo sobre como as transições decorrem.

Neste sentido apresentam diferentes padrões: simples (única transição) ou múltiplas; sequenciais (ocorrem em intervalos de tempo distintos) ou simultâneas; relacionadas ou não relacionadas. São percebidas como padrões de multiplicidade e complexidade por não serem autônomas, nem mutuamente exclusivas. São complexas, multidimensionais e possuem propriedades que são essenciais às experiências de transição, como a: consciencialização, empenhamento, mudança e diferença, espaço temporal da transição, eventos e pontos críticos (Meleis,2000).

Todas as transições trazem mudança e para compreendê-las é fundamental identificar os efeitos e seus significados. Sendo assim a fase de transição entre engravidar, estar grávida e parir devem ser exploradas segundo sua natureza, temporalidade, gravidade e expectativas pessoais, familiares e sociais. A mudança pode estar relacionada a eventos críticos ou desequilíbrios, que levam a alterações nas ideias, percepções, relações e rotinas. A diferença entre essas mudanças são uma outra propriedade da transição que consiste nas expectativas não

atendidas ou divergentes, como por exemplo, sentir-se diferente; perceber-se como diferente; ou ver o mundo e os outros de maneira diferente (Guimarães, MSF e Silva, LR, 2016).

A fim de alcançar um processo de transição saudável, na perspectiva do exercício da enfermagem mais humanizado, científico, compartilhado e holístico, o enfermeiro precisa conhecer o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo e de sua família, no decorrer do seu ciclo vital, sendo consciente das dificuldades e das adaptações às novas situações que geram instabilidade (Meleis, 2007).

As intervenções terapêuticas de enfermagem podem ser entendidas como uma ação interventiva continuada no decorrer do processo de transição. Devem proporcionar conhecimento e capacidade àqueles que o vivenciam, desencadeando respostas positivas às transições, capazes de restabelecer a sensação de bem-estar. Os enfermeiros que promovem o cuidado transicional valorizam o indivíduo, já que os cuidados dispensados estão associados ao desenvolvimento humano, beneficiando a maturidade e o crescimento pessoal mediante um maior equilíbrio e estabilidade (Meleis, 2007).

Nesta perspectiva, é de suma importância que os profissionais de saúde compreendam os conceitos da Teoria das Transições de Meleis e os utilizem na assistência, já que os usuários dos serviços de saúde comumente apresentam transições ao longo de sua vida, como exemplo, as desencadeadas pelo adoecimento. Através de um cuidado culturalmente congruente com as reais necessidades do cliente pode se alcançar o seu estado de bem-estar, bem como facilitar a reformulação de identidade e a mudança de comportamentos, que por sua vez podem evitar recaídas de enfermidades (Guimarães, MSF e Silva, LR, 2016).

CAPITULO II: FASE METEDOLOGICA

2 -FASE METEDOLOGICA

Este capítulo tem por finalidade apresentar a metodologia da investigação, as perguntas metodológicas bem como a exposição de todo o percurso metodológico que é utilizado no decorrer do trabalho.

A elaboração desse trabalho foi dividida em duas fases que decorreram entre fevereiro de 2020 e Julho de 2020, onde na primeira fase foi escolhido o tema do trabalho, formulação dos objetivos geral e específicos, a justificativa e problemática do respetivo trabalho, e por fim foi elaborado o cronograma com as fases do trabalho nela estabelecida para a realização do trabalho de conclusão de curso (TCC).

Na segunda fase do trabalho deu-se a conclusão da fundamentação teórica iniciada no projeto do trabalho, onde a revisão de literatura foi muito importante para que se pudesse determinar o nível de saberes atuais ligados á problemática levantada por esta investigação.

Sendo assim, foi realizado uma pesquisa bibliográfica nas bibliotecas de São Vicente particularmente a da Universidade do Mindelo, onde foram consultados livros, artigos e revistas científicas em base de dados de internet como (Scielo Scientific Electronic Library Online) e dissertações que formaram apoios á investigação e proporcionaram expor pareceres considerados importantes ao tema na perspetiva de diversos autores.

2.1 Tipo de estudo

O tipo de estudo vai de encontro com a finalidade da investigação de modo a conhecer a atuação dos enfermeiros nas urgências obstétricas, no HBS enfatizando os cuidados de enfermagem nas situações de urgência, onde neste sentido, de acordo com as caraterísticas do trabalho, considerou-se pertinente aplicar uma metodologia qualitativa, descritiva, exploratória e fenomenológica.

Sendo assim, achou-se pertinente a escolha do método qualitativo e não quantitativo, porque irá produzir a perceção dos enfermeiros, as práticas, as técnicas, entre outros, que nelas estão abrangidas, visto que, o estudo qualitativo tem como finalidade saber, entender e distinguir a interpretação que os enfermeiros atribuem aos cuidados no atendimento as urgências obstétricas, do ponto de vista individual. Portanto, as informações foram colhidas por meio de entrevistas, por se tratar do método que mais adequa para o tipo de estudo, as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas com a mais originalidade possível.

A pesquisa qualitativa, para Minayo (2007), trabalha com o universo de significados, aspirações, valores, atitudes. Aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, como também da subjetividade.

Este método possibilita ao investigador aprender mais profundo um dado fenômeno em estudo, e este fenômeno permitiu estudá-lo mais amplamente no enquadramento teórico, onde se fez ligações com diversos autores com pensamentos e percepções diferentes, com o propósito de produzir uma nova realidade.

De acordo com Cervo e Bervian (2002), o pesquisador observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los. Enquanto os estudos exploratórios procuram se familiarizar com o fenômeno ou obter nova percepção do mesmo e descobrir novas ideias

É um estudo descritivo porque analisa, registra e interpreta os casos ou fenômenos de acordo com a percepção dos entrevistados, neste caso, descrever a atuação dos enfermeiros nos casos de urgências obstétricas.

Sendo assim Polit, Beck & Hungler (2004), afirma que a pesquisa descritiva tem por finalidade observar, descrever e documentar os aspectos de uma determinada situação.

É também um estudo fenomenológico porque visa recolher e examinar os conhecimentos dos enfermeiros do HBS acerca da temática em investigação, colhendo informações sobre conhecimentos que os entrevistados têm sobre o estudo em análise, bem de forma a conhecer como estes vivenciam e experimentam este fenômeno.

2.2 Instrumento de colheita de informações

Tendo em conta o tipo de estudo acima referido, entendeu-se que o método de recolha de informações que mais se adapta a este estudo de forma alcançar os objetivos estipulados é a entrevista semiestruturada (apêndice 1), onde foi elaborado perguntas básicas sobre o tema em pesquisa. Essas informações foram adquiridas através de um guião de entrevista aos enfermeiros a fim de se conhecer as urgências obstétricas atendidas no HBS e a atuação do enfermeiro.

A entrevista, segundo Dencker (2001), consiste numa comunicação verbal entre duas ou mais pessoas, com um grau de estruturação previamente definido, cuja finalidade é a obtenção de informações sobre a pesquisa. O entrevistador faz certas perguntas principais mas é

livre de alterar a sequência ou introduzir novas questões em busca das informações.

É de salientar que antes da realização das entrevistas foi feito um pretexto com um público com as mesmas características da população em estudo, no sentido de validar e melhorar o referido instrumento.

A entrevista foi realizada individualmente, num local apropriado para o mesmo, em que teve duração necessária para cada enfermeiro respondessem às questões conforme a vontade própria, e posteriormente, procedeu-se a sua transcrição com a máxima originalidade possível e análise do conteúdo técnico.

Para que as entrevistas pudessem ser realizadas, foi necessário a entrega a cada participante um termo de consentimento informado (Apêndice 3), cujo objetivo era convidá-los a participar no estudo, esclarecendo-lhes sobre questões éticas do presente estudo.

2.3 População alvo

Nesse tópico encontram-se dados que caracterizam o público-alvo selecionado para a realização deste trabalho. O público-alvo deste estudo é constituído pelos enfermeiros do Hospital Baptista de Sousa, mais precisamente 10 enfermeiros do serviço de maternidade da unidade da unidade de sala de parto. Aquando da escolha do público-alvo, foi decidido escolher apenas enfermeiras que trabalham em contexto hospitalar com um tempo de atividade profissional de mais de um ano de serviço.

A escolha da população vai de encontro da investigação para que os objetivos fossem atingidos, onde foi necessário estabelecer alguns critérios de inclusão e exclusão para a escolha dos participantes. Como critérios de inclusão foram:

- Enfermeiros que trabalham diariamente com urgências obstétricas;
- Mais de um ano de trabalho no setor;
- Vontade expressa de participar por livre e espontânea vontade.

E como critérios de exclusão:

- Enfermeira chefe e a enfermeira de prestação de serviço;
- Enfermeira de prestação de serviço
- Enfermeiras que recusaram participar

Das 10 enfermeiras que trabalham diariamente na unidade dada sala de parto, foram excluídas a enfermeira chefe, 1 enfermeira de prestação de serviço houve e 2 que não aceitaram participar. Sendo assim o público-alvo escolhido ficou compreendido em 6 enfermeiras que aceitaram participar do estudo, estes com características próprias e individuais de acordo com as necessidades para dar resposta aos objetivos pretendidos.

2.4 Descrição do campo empírico

É a única maternidade da ilha de São Vicente e fica localizada no 2º andar do HBS. Atende todas as parturientes da ilha de S. Vicente e ainda recebe evacuações com eventuais complicações de outras ilhas.

Desta forma a sala de parto tem uma equipa bem qualifica na sua prestações de serviços, encontra-se nesse momento com um total de 21 funcionários sendo eles, 9 Enfermeiras sendo que todos encontram inseridos na escala onde se distribuem em turnos de manha, tarde e vela sendo que cada turno tem 2 enfermeiros, 1 Enfermeira responsável, 8 Enfermeira normal, 1 Enfermeiras na prestação de serviço, 5 Ajudante de serviço gerais, 6 Médico ginecológico /obstétrico.

A sala de parto adapta a essa missão, visão e objetivo do HBS com um atendimento especializado de forro ginecológico/obstétrico onde abrange urgências ginecológicas, urgências obstétricas, gestantes, parturiente e cuidados ao bebe logo a nascença atendidas tanto pelo medico como pelas enfermeiras. Neste sentido a faixa etária atendidas neste setor enquadra-se nas mulheres em idade fértil que procuram o setor de maternidade (sala de parto) para serviços de urgências ginecológicas como infeções urinárias, hemorragias, situações de HPV, doenças inflamatória pélvica (DIP), para serviços de urgências obstétricas como pré eclampsia, eclampsia, hemorragias no primeiro trimestre de gravidez e infeções urinarias também procuram o serviço em trabalho de parto, indução do trabalho de parto.

2.5 Procedimentos éticos e legais

Esse é um ponto que não poderíamos deixar sem ser citado no nosso trabalho, pois é importante para nós assim como definir humanização. Segundo Meireles (2007) a preocupação ética deve estar explícita em qualquer trabalho de investigação que envolva seres humanos.

Para que fosse possível a recolha dos dados, foi entregue à Comissão de Ética do H.B.S um

requerimento (apêndice 2), disponibilizado pela Universidade do Mindelo e assinada pela coordenação do curso para comprovar que somos estudantes da mesma, para solicitação de dados hospitalares.

Para que a recolha dos dados fosse possível, e para garantir os direitos supracitados dos participantes foi-lhes fornecido um termo de consentimento informado livre e esclarecido (apêndice 3), que tem como objetivo convidá-las a participarem da pesquisa, esclarecendo-lhes que as suas participações são totalmente voluntárias, tendo a livre escolha de recusar a participar, ou desistir em qualquer momento.

Informando-lhes também que só serão utilizadas na pesquisa onde serão tratados com absoluto sigilo e confidencialidade de modo a preservar a identidade de cada participante, atribuindo-lhes um código ou um nome fictício e que as informações serão destruídas no final da análise dos dados.

CAPITULO III - FASE EMPÍRICA

3 - FASE EMPÍRICA

Depois da fase de colheita de informações, a seguinte etapa visa a apresentação e a análise dos resultados obtidos através das entrevistas, com o objetivo de averiguar o comprimento dos objetivos desta investigação.

Nesta fase cabe ao investigador empenhar-se em demonstrar e ao mesmo tempo explicar os resultados obtidos, apoiando assim nas entrevistas realizadas. Assim sendo cada interpretação dos resultados tenta realçar as respostas dadas pelos mesmos, portanto este capítulo expõe os resultados obtidos a cada uma das entrevistas interlaçando as ideias com coerência para alcançar os resultados esperados.

Para o comprimento dos objetivos já estipulados, teve a necessidade de formular entrevistas há 6 enfermeiros do serviço maternidade (sala de parto) com o intuito de dar respostas aos seus pressupostos. Para o mesmo as entrevistas foram codificadas de modo a garantir o anonimato dos entrevistados mediante pedido prévio de autorização do HBS e consentimento informado dos participantes, atribuindo-lhe um nome fictício relacionada com o tema em estudo (A, B, C, D, E e F).

Tabela 1: Características dos colaboradores

Enfermeira	Idade	Género	Tempo de atividade profissional	Tempo de atividade profissional no serviço de maternidade	Grau de escolaridade	Local de trabalho
Enf A	28 Anos	Fem	5	4	Licenciada	Sala De Parto
Enf B	30 Anos	Fem	2	2	Licenciada	Sala De Parto
Enf C	44 Anos	Fem	18	9	Licenciada	Sala De Parto
Enf D	52 Anos	Fem	28	14	Licenciada	Sala De Parto
Enf E	44Anos	Fem	22	15	Mestrado em saúde da mulher e obstetrícia	Sala De Parto
Enf F	48Anos	Fem	23	5	Mestrado e especialidade em saúde materno obstétrico	Sala De Parto

Na análise da tabela (1) caracteriza a população em estudo, observou-se que no que tange a variável género são 6 todas do sexo feminino, com a idade compreendida entre 22 a 52 anos de idade. Relativamente aos anos de trabalho nesta profissão variam entre 2 a 28 anos de trabalho e em relação ao tempo de serviço na sala de parto variam entre 2 a 15 anos de serviço. Referente ao grau de escolaridade podemos constatar que existe 4 licenciadas e 2 mestres.

3.1 Análise e interpretação das categorias

Após o término da recolha das informações foi necessário criar este capítulo, de modo a apresentar a análise dos dados obtidos com a finalidade de tornar simples a compreensão e interpretação dos resultados. Assim, os resultados da pesquisa foram tratados tendo em conta a metodologia de análise de conteúdo. Portanto, os resultados obtidos foram apresentados através de categorias e subcategorias no sentido de demonstrar os resultados, obedecendo à sequência do instrumento de recolha de informações.

De acordo com Bardim (2011) a análise categorial consiste no desmembramento do texto em categoriais agrupadas analogicamente, portanto depois de reunidas todas as informações, procedeu-se ao procedimento do mesmo tendo sempre em conta o discurso dos participantes.

Para uma melhor compreensão e análise interpretativo das informações recolhidas através das entrevistas realizadas aos participantes, achou-se pertinente organizá-las em categorias de modo a adaptá-las aos objetivos desta pesquisa. Assim sendo, delineou-se 4 categorias e 5 subcategorias que se encontram explanadas na tabela abaixo:

Quadro 5: Categorias e subcategorias das entrevistas

Categorias	Subcategorias
I – Percepção dos enfermeiros sobre o conceito de urgências obstétricas	<ul style="list-style-type: none"> • Urgências obstétricas mais atendidas no serviço realizadas pelos enfermeiros; • Procedimentos feitos em situações de urgências obstétricas na admissão da utente;
II – Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no atendimento as urgências obstétricas;	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento do protocolo de urgências obstétricas; • Preparo do serviço para o atendimento das urgências obstétricas:
III - Estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros no atendimento das urgências obstétricas	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados a ter com um paciente em situações de urgências obstétricas
IV – Assistência de enfermagem no atendimento das urgências obstétricas;	

Fonte: Elaboração própria

Categoria I - Percepção dos enfermeiros sobre o conceito de urgências obstétricas

Relativamente a esta categoria pretende-se demonstrar a percepção das entrevistadas sobre as urgências obstétricas. Pois, cabe aos enfermeiros ter conhecimento suficiente do conceito dos mesmos a fim de agir em caso de uma situação de urgência.

É importante que os enfermeiros tenham conhecimentos relacionados com as urgências obstétricas visto que, estes podem trazer várias complicações tanto para a vida da mãe como para a vida do feto. Portanto com os resultados obtido pode-se constatar que todos os parti-

cipantes do estudo tem uma noção do que são as urgências obstétricas, o que pode ser comprovado com entrevistas a seguir:

Enf A,B,C,D *“urgências obstétricas são situações que podem colocar em perigo a vida da mãe e do feto e exige uma resolução imediata por toda a equipe de serviço”*.

Enf E- *“algo que não pode ser adiado, muitas vezes inesperado que pode acontecer com uma mulher durante a gravidez, parto e pós-parto e que requer ação imediata e que pode por em risco o bem-estar materno-fetal”*.

Enf F- *“toda situação resultante de acidentes pessoais e ou complicações que acontecem no processo de gravidez, podendo comprometer so a mae ou o feto ou ainda o binómio que não deve ser adiada pois pode por em risco o binómio”*.

Percebeu-se através das respostas citadas pelas enfermeiras que eles estão dotados de conhecimentos sobre as urgências obstétricas, sendo que quatro dos mesmos descrevem que as urgências obstétricas são situações que colocam em risco a vida tanto da gestante como a do feto, por outro lado, uma das enfermeiras salienta ainda que é algo que não pode ser adiado pois, o inesperado pode acontecer e que requer uma ação imediata, sendo que uma urgência pode-se transformar em uma emergência em frações de segundos, portanto com estas respostas pode-se constatar que as enfermeiras tem a percepção do conceito de urgências obstétricas e que essas vão de encontro com o que se pode ver na literatura. Sendo assim pode-se observar que as enfermeiras têm um leque de conhecimento e relacionam bem a teoria com prática e apresentam uma certa segurança no cuidado dos utentes, salvaguardando o seu bem-estar.

Para melhor percepção dessa categoria teve-se a necessidade de elaborar duas subcategorias para melhor compreensão das mesmas.

Subcategoria I - Urgências obstétricas mais atendidas no serviço realçadas pelos enfermeiros

Esta Subcategoria tem por objetivo evidenciar as urgências mais atendidas pelas enfermeiras da sala de parto do HBS, pois é de extrema importância que estes saibam conhecer e atuar nas diversas situações de urgências obstétricas que acontecem no serviço. Como a observação feita a partir das entrevistas nota-se que as urgências obstétricas mais atendidas são; pré eclampsia, a eclampsia, o aborto, as hemorragias, o descolamento prematuro da membrana

e a ameaça de parto pré-termo, pois tendo em conta os dados fornecidos pelos serviços de estatística do HBS são estas as urgências obstétricas que mais acontecem neste serviço. O que pode ser constatado nos trechos das entrevistadas a seguir:

Enf A- “ (...) *aborto, eclampsia, gravidez gemelar, gravidez mais de 42 semanas, gravidez de prematuros, deslocamento da placenta e distocia do ombro* ”.

Enf B- “ (...) *gravidez ectópica, placenta prévia, aborto, hipertensão gestacional, pré eclampsia, hemorragias, deslocamento prematuro da placenta, ITU* ”.

Enf C- “ (...) *pré eclampsia, eclampsia, hemorragias, aborto, deslocamento prematuro da placenta, síndrome de hellp, hipertrofia uterina, diabete gestacional* ”.

Enf D- “ (...) *deslocamento prematuro da placenta, distocia do ombro, hemorragias pós parto, prolapso do cordão umbilical* ”.

Enf E- “ (...) *ameaça de parto pré termo, hemorragias de 1º trimestre, pré eclampsia, pré eclampsia* ”.

Enf F- (...) *aborto, ameaça de aborto e DHEG*”.

Nesta subcategoria concluiu-se que os entrevistados conseguem identificar as urgências obstétricas sendo que estas vão de encontro com o que se pode ver na literatura e ainda evidenciou-se a partir dos resultados das entrevistas que a pré-eclâmpsia, a eclâmpsia e a síndrome hipertensiva são as situações mais ocorridos do terceiro ao sétimo mês gestacional, seguindo as hemorragias, aborto, diabete gestacional, deslocamento da placenta, ameaça de parto prematuro e distocia do ombro. Constata-se ainda que foi questionado sobre as principais urgências obstétricas atendidas no serviço, mas uma das enfermeiras acabou por enfatizar a síndrome de hellp e a hipertrofia uterina que são urgências obstétricas, mas não as mais atendidas no serviço tendo em conta os dados fornecidos pelo serviço de estatística. Outra constatação importante, foi quando questionado a Enf A sobre as urgências obstétricas mais atendidas no serviço uma das respostas foi gestação de 42 semanas, considerada como gestação de termino tardio onde a grávida é encaminhada para o serviço de urgência para uma indução do trabalho de parto com monitorização do bem-estar fetal para evitar morte neonatal e perinatal ou até uma cesariana. Com isso podemos notar que para além das principais urgências atendidas estas também conseguem salientar as outras urgências obstétricas que existe.

Subcategoria II - Procedimentos feitos em situações de urgências obstétricas na admissão da utente;

Esta subcategoria tem como objetivo demonstrar os procedimentos feitos em situações de urgências obstétricas de modo a assegurar uma prestação de cuidados com máxima perspicácia e segurança para a gestantes e o feto. Dos resultados das entrevistas foi constatado que todas as entrevistadas realçam que logo a entrada da utente no serviço realiza-se uma anamnese, mostrando que no primeiro contacto deve-se conhecer a utente de modo proporcionar um melhor atendimento.

As respostas dos entrevistados serão expostas a seguir:

Enf A- “ (...) a paciente passa por uma triagem, na triagem tiramos todos os parâmetros vitais e depois ligamos para a médica de serviço. ”

Enf B- “ (...) realizamos a anamnese da grávida, cuidamos do bem-estar materno e fetal, controlar administração de líquidos EV, controle TA (sinais vitais), algaliação vesical, oxigênio terapia, avaliação de perdas sanguíneas, antibioterapia. ”

Enf C- “ (...) aferir os sinais vitais, fazer a anamnese (antecedentes obstétricos, número de gestação, paridade e aborto), data da última menstruação, queixas (levar em conta porque é muito importante). Para a história patológica fazemos a colheita de espécies para análise, colocamos acesso venoso de grande calibre, posicionar em decúbito lateral esquerdo para facilitar a oxigenação do feto. ”

Enf D- “ (...) temos em primeiro lugar identificar o tipo de urgência para poder agir com precisão e chamar ajuda”

Enf E- “ (...) acolhimento, acalmar a paciente, pedir ajuda se necessário, identificação da grávida, analisar antecedentes obstétricos/pessoais e familiares, avaliar parâmetros vitais, BCF e contrações, avaliar causas de urgências”.

Enf F- “ (...) desde identificação da gestante, história obstétrica, anamnese, os procedimentos vão de encontro com as necessidades de cada gestante tendo sempre priorizado o binómio”.

Nesta subcategoria conclui-se que todos os entrevistados têm domínio do assunto e descrevem muito bem os procedimentos feitos em situações de urgência, para que possam proceder de forma rápida segura e com precisão perante uma situação de urgência obstétrica.

Pois, nota-se que houve unanimidade nas respostas sendo que todas referem que primeiramente deve-se fazer um acolhimento da grávida, depois proceder a anamnese (triagem), avaliação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação final. Numa das respostas facultada pela Enf E, pode-se observar que a paciente deve ser observada no seu todo e não somente pela patologia.

Ainda observa-se que a Enf B realça a algália vesical, oxigenoterapia, antibiótica são procedimentos realizados logo na admissão da utente, mas na realidade são procedimentos realizados depois da admissão da utente no serviço.

Categoria II – Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no atendimento as urgências obstétricas;

Elaborou-se esta categoria com o intuito de perceber as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros do serviço de maternidade (sala de parto), pois torna-se necessário conhecê-las de modo a melhorar a prestação de cuidados.

Sobre as dificuldades enfrentadas pelas enfermeiras do serviço no atendimento das urgências obstétricas, as opiniões foram divididas, no que tange às dificuldades encontradas no serviço uma das enfermeiras refere que o aborto provocado é a principal. Sendo que a utente chega em processo de aborto com sangramento abundante, o que torna uma corrida contra o tempo para salvar a vida destas. Outra refere a estrutura física devido a falta de espaço para um atendimento da gestante, e a deficiente de intercâmbio dos serviços como sendo as principais dificuldades. Em contrapartida as outras enfermeiras não encontram dificuldades tendo em conta os anos de experiência. As respostas dos entrevistados serão expostas a seguir:

Enf A- “ (...) *sim quando a paciente chega a abortar com sangramento abundante e temos que correr para poder salvar a vida do utente e ajudar a doutora de serviço para fazer a curetagem que as vezes é feito na sala de parto e é muito dolorosa.* ”

Enf B- “ (...) *não* ”.

Enf C- “ (...) *não levando em conta a minha experiência em anos de serviço na sala de parto lidando com determinadas situações de urgência em obstetrícia* ”

Enf D - “ (...) *não* ”.

Enf E - “ (...) *sim quanto a estrutura física do serviço, deficiente de intercâmbio entre serviços*

défice de recursos humanos (números) ”.

Enf F- “ (...) não ”.

Com as respostas das entrevistadas podemos chegar a conclusão de que as enfermeiras estão preparadas e que não sentem dificuldade, mas referem que se tivessem mais recursos humanos e materiais seria uma mais-valia tanto para a equipa multidisciplinar tanto para a gestante e o feto no atendimento as urgências obstétricas. O que é de extrema importância visto que as urgências obstétricas são situações que requerem um amplo conhecimento de modo a agir de uma forma rápida e precisa. Contudo a falta de material e de recursos humanos, contribui para uma contradição do que se diz, de tal forma que com a falta de matérias, contribui para que a assistência as urgências tenham pequenas falhas e no que tange a falta de recursos humanos, pode-se dizer que isso afeta tanto ao enfermeiro como o utente, pois o enfermeiro com uma subcarga de trabalho sofre forte carga emocional e física dificultando assim a sua entrega na sua atuação.

Subcategoria I - Conhecimento do protocolo de urgências obstétricas;

Nesta subcategoria a finalidade é saber se as enfermeiras tem conhecimento dos protocolos de urgências obstétricas em vigor. Ficou claro que as enfermeiras têm em mente os protocolos que estão afixadas nas paredes da sala de parto e o protocolo nacional do Ministério de Saúde e Segurança Social que são uma mais-valia, pois com o conhecimento destes permite ao enfermeiro saber como agir em situações de urgências.

As respostas dos entrevistados serão expostas a seguir:

Enf A - “ (...) *sim na sala de parto tem uns protocolos bem explicados em situações de urgências obstétricas* ”.

Enf B - “ (...) *sim* ”.

Enf C - “ (...) *sim temos protocolo de eclampsia e pré eclâmpsia, temos para hemorragias que são as urgências obstétricas mais frequentes atendidas na sala de parto* ”.

Enf D- “ (...) *sim* ”

Enf E- “ (...) *sim, protocolos nacionais sobre os cuidados obstétricos de urgência do Ministério da Saúde e Segurança Social de Cabo Verde*”.

Enf F- “ (...) *sim*”.

A existência dum protocolo nacional de saúde nos serviços faz com que o trabalho em enfermagem seja padronizado, o que possibilita a gestão dos cuidados. Também facilita na implementação dos cuidados diminuindo assim o medo, o *stress* e ansiedade por parte dos enfermeiros em situações de urgência. Significa isto que na sala de parto existe protocolos para pré eclampsia, eclampsia e hemorragias onde as enfermeiras se guiam para efetuar um atendimento qualificado e com a máxima destreza. Mas por outro lado apenas uma das enfermeiras mencionou ter conhecimento do protocolo nacional de urgências obstétricas do Ministério da Saúde e Segurança Social de Cabo Verde, que não se encontra disponível no serviço, mas encontra-se disponível na internet e é um protocolo de urgências obstétricas de uma forma geral que mostra como proceder em cada caso de urgência obstétrica.

Subcategoria II - Preparo do serviço para o atendimento das urgências obstétricas;

Nessa subcategoria o principal foco é demonstrar a preparação do serviço no atendimento das urgências obstétricas. Torna necessário saber se o serviço dispõe de recursos materiais e humanos para dar vazão as demandas em situações de urgência, pois nestas situações requer uma boa organização da equipa. Nas respostas dadas percebe-se que as enfermeiras estão preparadas para o serviço e que a equipe se encontra muito bem preparada para prestar um serviço de qualidade para as gestantes.

As respostas dos entrevistados serão expostas a seguir:

Enf A- “ (...) *sim estamos preparados a nível de recursos e o pessoal esta bem capacitado nas urgências obstétricas* ”.

Enf B- “ (...) *estamos preparados de acordo com a nossa realidade, mas se tivéssemos mais meios (material e humano) seria melhor.* ”

Enf C- “ (...) *sim*”.

Enf D- “ (...) *sim temos protocolos e equipamentos necessários, trabalhamos em equipa, cada tipo de urgência temos um quite de material para facilitar* ”.

Enf E- “ (...) *esta preparada sim mas a meta é melhorar sempre as dificuldades encontradas*”.

Enf F- “ (...) sim”.

Nota-se que houve unanimidade nas respostas, porem ainda a Enf B salienta que o serviço poderia ter mais recursos tanto materiais como humanos, porventura esta resposta nos remete a uma contradição, visto que com a falta de recursos humanos e materiais as enfermeiras, permanecem com uma sobrecarga no trabalho tendo assim uma sobrecarga física e emocional provocando uma diminuição da eficácia do trabalho. Outra enfermeira salienta a importância de constante melhoria no serviço de modo a prestarem um atendimento eficiente e eficaz. Outro ponto importante realçada por uma das enfermeiras é a existência de um quite de materiais para cada tipo de urgência de forma a facilitar na hora de uma situação de urgência, porem os quites não estão organizados da melhor forma, dificultando assim a concentração e destreza que as situações de urgências exigem.

Categoria III - Estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros no atendimento das urgências obstétricas;

Nesta categoria pretende-se demonstrar as estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros de modo a melhorar o atendimento nas urgências obstétricas. Muitas vezes torna-se necessário criar estratégias para uma melhor organização no trabalho e no atendimento, visto que as urgências obstétricas requerem muita responsabilidade, concentração e destreza. Nas respostas citadas pelas enfermeiras percebe-se que as enfermeiras desenvolvem estratégias para uma assistência de qualidade as gestante, demonstrando que traçar um cuidado ao utente no seu todo é de extrema importância, classificar as gestantes consoante a gravidade e o quadro clínico e o mais importante referem o trabalho em equipa, facilitando assim a assistência.

As respostas dos entrevistados serão expostas a seguir:

Enf A- “ (...) *tentar traçar como cuidar do paciente no seu todo e ultrapassar as dificuldades o medo e a ansiedade* ”.

Enf B- “ (...) *aperfeiçoar o trabalho em equipa, atender em tempo oportuno fazendo com que a utente seja assistida de acordo com a sua gravidade clinica, respeitar as regras de triagem e ter experiencia no atendimento de urgências obstétricas* ”.

Enf C- “ (...) *classificar as gestantes de acordo com a gravidade e o quadro clinico apresentado visando priorizar os atendimentos de maior urgência de acordo com critérios pré estabelecidos* ”.

Enf D- “ (...) *ter conhecimento dos protocolos existentes, ter conhecimento dos quites de urgência para facilitar a atuação. No caso do nosso serviço saber trabalhar em equipa e saber liderar para que todos não façam a mesma coisa* ”.

Enf E- “ (...) *no início do turno, organizar os materiais, e equipamentos de urgência, certificar a funcionalidade de ter tudo a mão. Definir as prioridades, estar alerta e atualizar os conhecimentos constantes, desse modo tem mais capacidade de dar resposta imediata e eficaz a situação* ”.

Enf F- “ (...) *primeiramente estar embutido de conhecimento e competências* ”.

Quando confrontados com a pergunta acima percebe-se que todos os enfermeiros estão cientes que é importante desenvolverem estratégias perante a situação de urgência. Apontam como estratégias: o trabalho em equipa, classificar as gestantes conforme o nível de gravidade, agir de forma tranquila, ter conhecimento dos protocolos, organizar os materiais e equipamentos de urgência de forma a ajudar na gestão do tempo diminuindo danos e complicações tardias tanto para a gestante como para o feto/recém-nascido, definir as prioridades, estar alerta e atualizar os conhecimentos constantemente de forma a dar resposta imediata ao ocorrido. Resumindo todos estão de acordo que em situações de urgência o enfermeiro deve saber fazer, saber ser e saber estar.

Subcategoria I - Cuidados a ter com um utente em situações de urgências obstétricas;

Elaborou-se esta subcategoria a fim de saber quais os cuidados prestados aos utentes em situações de urgências obstétricas. Torna-se necessário ter em mente os principais cuidados nos primeiros minutos do atendimento facilitando assim a minimização de complicações/consequências. Como se pode ver nas entrevistas as enfermeiras encontram-se dotadas de conhecimento acerca dos cuidados a ter com um utente e situações de urgências obstétricas, mostrando as principais atividades que se deve fazer como, identificar o risco, estar atento aos parâmetros vitais, e a administração de medicamentos.

As respostas dos entrevistados serão expostas a seguir:

Enf A- “ (...) *estar sempre atento aos sinais vitais avaliar o grau de urgência das queixas da paciente e encaminhar a paciente a sala de médicos para a avaliação médica* ”.

Enf B- “ (...) ”

Enf C- “ (...) *sinais vitais 4/4 horas, monitorização fetal (BCF) hora em hora, colheita de*

sangue para exames laboratoriais, colocar a grávida em decúbito lateral esquerdo, levantando a cabeceira da cama, administrar medicação respeitando os seguintes protocolos e colocar sonda vesical se necessário ”.

Enf D- “ (...) ao identificar o risco chamar ajuda, punccionar uma veia de grande calibre monitorizar o feto para ver o bem-estar fetal e providenciar a via do parto ”.

Enf E- “ (...) determinar a idade gestacional e causas de urgência, coletar informações de mulheres e familiares, garantir o acesso venoso e colheita de espécies, avaliar o estado de bem-estar materno e fetal, monitorar os parâmetros vitais e estabilizar a paciente ”.

Enf F- “ (...) vai depender do (hipótese) diagnóstico, idade gestacional, da gravidade da situação, e priorizar sempre o bem-estar materno fetal”.

Nesta subcategoria percebe-se que as enfermeiras sabem identificar os cuidados a ter face a uma utente em situação de urgência obstétrica dizendo que logo na admissão é necessário estar sempre atento aos sinais vitais, fazer uma avaliação do grau de urgência (triagem) onde traduz-se na receção do utente na chegada ao serviço dando atenção a idade gestacional e causa da urgência. Mas também apercebeu-se que existe um protocolo de avaliação onde se afere os sinais vitais de 4/4 horas e a monitorização do BCF é de hora em hora, para que se possa ter uma visão melhorada e um controle da situação. Ainda os enfermeiros afirmam que é de extrema importância procurar ajuda de uma equipe multidisciplinar.

Com relação aos sinais vitais, administração de medicamentos e controle de equipamentos, alguns estudos apontaram que as frequências das mulheres nas urgências e emergências recaem também na insegurança ao sentirem alguns sinais e sintomas típicos da gravidez.

No entanto, infere-se que foi possível identificar a assistência de enfermagem, onde está encontra-se alicerçada no processo de enfermagem, com destaque na realização da triagem, serviços burocráticos, na monitorização dos sinais vitais, na administração de medicamentos e controle de equipamentos.

Em contrapartida a Enf B não respondeu a pergunta por crer que esta era igual a responder sobre os procedimentos feitos logo na admissão no serviço de urgência. É de salientar que são situações diferentes onde logo na admissão o enfermeiro deve fazer uma anamnese para que se possa inteirar da real situação de urgência e nos cuidados a ter com um utente com uma urgência obstétrica, aqui vai de encontro com o que se faz depois de se ter um diagnóstico.

Categoria IV - Papel do enfermeiro no atendimento das urgências obstétricas;

Esta categoria tem como objetivo mostrar o papel da enfermagem no atendimento das urgências obstétricas aliando conhecimento científico e capacidade de liderança, agilidade e raciocínio rápido e a necessidade de manter a tranquilidade. Em suma pode-se observar que as enfermeiras encontram cientes do papel do enfermeiro e mostram que o enfermeiro age de forma tranquila, com agilidade e conseguem identificar precocemente as situações de risco, para que se possa evitar o óbito materno-fetal.

As respostas dos entrevistados serão expostas a seguir:

Enf A- “ (...) o enfermeiro tem um papel primordial no atendimento das urgências obstétricas porque é ele que sempre recebe o paciente para fazer a triagem e lá o enfermeiro já tem capacidade suficiente para melhor dar resposta a situação onde se encontra ou de mais risco ou de menos risco ”.

Enf B- “ (...) o enfermeiro deve agir na tranquilidade ele deve ser ágil, de raciocínio rápido para que possa se adaptar a qualquer situação de urgência, por isso terá que ter conhecimento científico e muita experiência ”.

Enf C- “ (...) ter a capacidade e competência perante situações de urgências obstétricas através de um bom diagnóstico de enfermagem baseado na avaliação de intervenções de enfermagem dos sinais e sintomas apresentados a avaliação ”.

Enf D- “ (...) escutar os antecedentes clínicos, realizar exame físico para identificar os sinais e sintomas, possibilitando assim o reconhecimento do risco e atuar consoante o risco ”.

Enf E- “ (...) no acolhimento, classificar as prioridades; detectar precocemente situações de risco; ação rápida e prevenção de complicações; atendimento humanizado; transmitir confiança, acalmar a grávida; administração de medicamentos; registrar todos os procedimentos no processo ”.

Enf F- “ (...)penso que tem um papel chave, uma vez que somos as primeiras a estar em contato com a gestante”.

Nesta categoria concluiu-se que os entrevistados têm plena consciência do papel do enfer-

meiro na prestação de cuidados em urgências obstétricas. Com isso, percebe-se que o enfermeiro é uma ferramenta fundamental no atendimento às gestantes em situações de urgências obstétricas e no trabalho de parto, pois contribui para que a assistência seja eficaz, ágil, abordando a lógica de atendimento de acordo com a situação clínica de cada gestante, além de promover uma relação de confiança entre a equipe e a gestante. Uma vez que as enfermeiras mostraram que tem o conhecimento com base no diagnóstico de enfermagem (NANDA) nas intervenções de enfermagem (NIC). Além disso, as enfermeiras mencionam o acolhimento como sendo uma das mais importantes assistência de enfermagem, pois, é no acolhimento que se fica inteirado da situação da utente, para saber como proceder de forma precisa em qualquer procedimento.

A assistência da enfermagem nas urgências são independentes e interdependentes, todos devem conhecer as limitações legais de suas atribuições e conservar-se dentro delas logo, seu trabalho junto com os médicos e outros profissionais da unidade de urgência e emergência deve ser amistoso, respeitando as competências da classe alheia e acreditando que o sucesso do utente depende da qualidade e dos esforços de todo a equipa.

3.2 Discussão dos dados

Tendo concluído esta fase do trabalho torna-se necessário fazer uma análise dos dados para saber até que ponto o investigador consegue fazer uma reflexão dos dados colhidos junto dos seus entrevistados para a confirmação ou não dos pressupostos.

É neste sentido que pretende com a análise dos dados apontar estratégias para resolução e cumprimento dos objetivos extipulados.

Na análise do primeiro objetivo específico: Apontar a perceção dos enfermeiros da sala de parto do serviço de maternidade do HBS sobre as urgências obstétricas, é importante evidenciar que este foi atingido uma vez que de acordo com as entrevistas todos as enfermeiras tem uma boa perceção das urgências obstétricas, estando cientes do conceito, as urgências mais frequentes, os procedimentos logo na admissão e o protocolo existente. Em relação ao conceito houve unanimidade das respostas visto que estas conseguem transmitir com palavras o conceito de urgência mostrando assim que conhecem a literatura.

Pois, Rezende (2014) define as urgências e emergências obstétricas são situações cuja resolução exige uma resposta quase imediata por toda a equipe de saúde. Também é de se salientar que as enfermeiras com esse conhecimento conseguem relacionar a teoria com a prática para que se possa transmitir segurança ao utente, salvaguardando o seu bem-estar.

No que toca as urgências obstétricas mais frequentes evidenciou-se que a pré-eclâmpsia, a eclâmpsia e a síndrome hipertensiva são as situações mais ocorridos do terceiro ao sétimo mês gestacional, seguindo as hemorragias, aborto, diabete gestacional, deslocamento da placenta, ameaça de parto prematuro e distocia do ombro, porém duas das enfermeiras foram além do que foi questionado mostrando ter o domínio do assunto, pois para além de citar as mais atendidas mencionaram a síndrome de *hellp*, e a hipertrofia uterina e a gestação de 42 semana que não consta nas estatísticas fornecidas pelo hospital como sendo as mais frequentes mas são urgências obstétricas.

Quanto ao conhecimento do protocolo as enfermeiras tem conhecimento dos protocolos afixadas na sala de parto o que facilita na prestação de cuidados, mas é de se ter em conta que uma das enfermeiras foi mais a fundo e mostrou que tem conhecimento do protocolo nacional das urgências obstétricas do ministério da saúde e segurança social, que não se encontra disponível na sala de parto, mas tem disponível na internet e é uma mais-valia visto que ali se encontra de uma forma detalhada como proceder em cada urgência obstétrica. Com tudo pode-se dizer que as respostas vão de encontro com o enquadramento teórico presente no trabalho.

Seguindo para o segundo objetivo específico: Identificar as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros da sala de parto do serviço de maternidade do HBS no atendimento as urgências obstétricas. Mostrou-se que as enfermeiras não tem dificuldades no atendimento das urgências exceto uma que mostrou sentir dificuldade face ao atendimento a utentes com o quadro clínico de aborto provocado com um sangramento abundante. Outra enfermeira mencionou que as maiores dificuldades encontradas no serviço é a falta de recurso materiais e humanos (números), é um ponto muito importante pois a falta de recursos materiais e humanos remete-nos a uma preocupação, pois a falta de materiais compromete a prática de procedimentos e a falta de recursos humanos (números), podemos dizer que com a sobrecarga de trabalho o enfermeiro sente uma grande pressão física e emocional levando a um desgasta, provocando aí uma diminuição na excelência dos serviços prestados.

Outra dificuldade encontrada vai em conta a estrutura física do serviço, pois o serviço não

reúne todas as condições necessárias para um atendimento levando em conta que o local é de pequena estrutura e muitas vezes não se consegue o atendimento desejado. Outra dificuldade que se deve ter em conta é o déficit de intercâmbio entre serviços, onde devia ser o contrário, sendo que os enfermeiros devem trabalhar em equipa para proporcionar o bem-estar tanto da utente como a do feto, deveria ter uma ligação entre os serviços para melhorar o atendimento das urgências obstétricas. Visto isto podemos afirmar que as enfermeiras mostram que não encontram dificuldades a nível pessoal, mas o quanto ao serviço este sim encontram com dificuldades.

Neste sentido Pinto *et al.*, (2014) afirma que os procedimentos feitos em situações de urgência são processo dinâmicos de identificação dos usuários que necessitam de intervenção médica e de cuidados de enfermagem, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento.

Por último, o terceiro objetivo especifica: Descrever as estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros da sala de parto do serviço de maternidade do HBS no atendimento das urgências obstétricas. Nota-se que as enfermeiras dispõem de muitas estratégias frente as urgências obstétricas. A maioria afirma que a base para o atendimento é ter um conhecimento dos protocolos existentes pois com o aumento da demanda pelos serviços de urgência, foram criados os Protocolos de Acolhimento e Classificação de Risco cujo objetivo é reorganizar e agilizar o atendimento de acordo com as reais necessidades de cada usuário (Souza & Silva, 2013) e que se deve levar em conta a classificação das gestantes de acordo com a gravidade e o quadro clínico.

Relativamente ao objetivo geral: Conhecer a atuação dos enfermeiros da sala de parto do serviço da maternidade do HBS no atendimento das urgências obstétricas, foi atingido, e com as informações obtidas percebeu-se que todos os entrevistados exibem uma percepção em identificar os cuidados de enfermagem prestados em situações de urgências obstétricas. Sendo o enfermeiro, o profissional de saúde que mais perto está das gestantes deve ter em mente um raciocínio lógico e com espírito de responsabilidade, de agir em diversas dificuldades que possam apresentar durante o seu percurso.

Quando se trata da urgência hospitalar, Zem; Montezeli & Peres (2012) afirmam que as funções do enfermeiro, neste setor, compreendem a escuta da história do paciente, exame físico, execução de tratamento, orientação aos doentes e a coordenação da equipe de enfermagem.

No que tange ao papel do enfermeiro nas urgências obstétricas todas afirmam que o enfermeiro deve agir com tranquilidade, deve ser ágil, de raciocínio rápido para que se possa adaptar em qualquer situação de urgência. Por isso o profissional deve estar dotado de conhecimento teórico e prático. E foi o que se constatou, as enfermeiras demostram uma certa agilidade, capacidade de raciocínio rápido e tem a capacidade desde se adaptar em qualquer situação de urgência salvaguardando o bem-estar materno fetal.

É um momento onde os vínculos se tornam mais firmes, dando margem para a interação entre quem cuida e quem é cuidado (Duarte & Almeida, 2014). Nesse contexto, a assistência de enfermagem proporciona um efetivo contato entre enfermeiro e gestante, possibilitando a esse profissional identificar sinais e sintomas que determinam as condições de saúde da grávida, como também detetar outros aspetos essenciais que favorecem uma gestação saudável, sem riscos para mãe e concepto (Costa, *et al.*, 2014).

Nesse sentido, o papel do enfermeiro se destaca, em virtude de este estar na linha de frente como responsável pela aplicação do protocolo e respetiva classificação para posterior atendimento dos pacientes de acordo com a prioridade indicada (Acosta; Duro & Lima, 2012).

Quanto aos objetivos pode-se dizer que estes foram alcançados com satisfação conforme explicito na discursão dos resultados, e que serviram para esclarecer um pouco mais sobre a temática em estudo, sendo que, é um tema pouco explorado. No decorrer do ensino pude constatar que este processo exige do enfermeiro muita concentração e responsabilidade e saber agir na hora certa para dar assistência aos utentes.

Portanto é de realçar que os enfermeiros expõem conhecimentos, prática e experiências vivenciadas ao decorrer das suas vida profissional tendo em consideração todo e qualquer obstáculo que apresentar e como devem agir para ultrapassar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Findando esta etapa do nosso estudo e efetuando uma retrospectiva de todas as fases que tivemos de ultrapassar, sentimos que cada etapa constituiu um desafio, uma luta para alcançar os objetivos com que iniciámos esta investigação.

O tema deste trabalho surgiu por interesse pessoal e curiosidade despertada durante ensinamentos clínicos, bem como pelo interesse em contribuir para uma visão mais ampliada do tema. É de extrema importância que o enfermeiro tenha conhecimento na área de atuação de urgências obstétricas tendo em conta que a qualquer momento deparará com momentos que requerem a máxima capacitação, concentração, agilidade e ter em conta a humanização dos cuidados.

Contudo as enfermeiras da sala de parto evidenciaram que a maior parte do atendimento de mulheres gestantes, se referem a pré-eclâmpsia, a eclâmpsia e a síndrome hipertensiva ocorridos do terceiro ao sétimo mês gestacional. No que toca aos fatores relacionados há urgências obstétricas, houve destaque para fatores individuais como: faixa etária, obesidade, sobrepeso, tabagismo, estresse, consumo de bebida alcoólica, existência de antecedente obstétrico de aborto e hipertensão.

Para a enfermagem há o desafio de investir esforços para reconfigurar a prática assistencial e gerencial em serviços de urgência e emergência obstétrica, uma vez que a enfermagem necessita de aperfeiçoamento para desenvolver com habilidade e destreza as competências da obstetrícia.

Com a realização deste trabalho monográfico aprofundou-se os métodos e técnicas de investigação científica, e aumentou os conhecimentos teóricos - práticos sobre a temática em estudo, sendo um contributo para este processo de formação.

Considera-se que, os objetivos propostos no início do trabalho foram atingidos. Além disso espera-se que este trabalho não fique apenas por aqui. Assim, conclui-se que um estudo desta natureza nunca se dá como terminado, podendo sempre apresentar uma nova abordagem que lhe dará continuidade.

Sugestões

Depois de um estudo feito sobre a atuação de enfermagem nas urgências obstétricas atendidas na sala de parto da maternidade do HBS permitiu-se ao investigador elaborar algumas propostas sobre a temática estudada, a fim de ajudar na melhoria de alguns aspetos no atendimento das urgências obstétricas:

- Formar uma equipa de urgência para que se possa dar uma melhor demanda a esse serviço;
- Criar uma sala adequada para observações das urgências obstétricas, sendo que onde é feita esta avaliação não garante a privacidade e conforto do utente, bem como condições adequadas de trabalho para a equipa;
- Criar um serviço de urgência fora da sala de parto para não interferir nos cuidados às gestantes, visto que o serviço de urgências não atende somente situações de foro obstétrica mas também de foro ginecológico
- Adquirir um carrinho de emergência com gavetas adequadas para cada quite de urgência, para facilitar no manejo de cada quite;
- Adquirir um desfibrilador visto que é um item de extrema importância para um serviço de urgência;
- Formação de reciclagem com simulação com frequência, para que se possa renovar os conhecimentos e praticar situações que pode por em risco a gestante e o feto.

REFERÊNCIAS

- Azevedo, A. L. D. C. S., Pereira, A. P., Lemos, C., Coelho, M. F., & Chaves, L. D. P. (2010). *Organização de serviços de emergência hospitalar: uma revisão integrativa de pesquisas*. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2020.06.03, 10h40
- BRASIL. Ministério da Saúde (2014). *Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia*. Brasília: Ministério da Saúde. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia.pdf.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 2020.04.25, 21h00
- Clode.N, Jorge.C.C, Da Graça.ML (2012) *Na Urgência Obstétrica e Ginecológica, 2º edição*.
- Das Neves Figueiroa, Maria e Neto de Menezes, Maria Lúcia e Leite Meirelles Monteiro, Estela Maria e Aquino, Jael Maria e Oliveira Gonzaga Mendes, Nathalia e Tavares da Silva, Priscila Vanessa (2017). *Escolha do usuário e classificação de risco em caso de emergência obstétrica: avaliação da operacionalização na maternidade-escola*. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Disponível em: <https://www.re-dalyc.org/articulo.oa?id=1277/127752022041>. 2020.07. 31
- De Freitas Brilhante, A., Vasconcelos, C. T. M., Bezerra, R. A., de Lima, S. K. M., Castro, R. C. M. B., & Fernandes, A. F. C. (2016). *Implementação do protocolo de acolhimento com classificação de risco em uma emergência obstétrica*. <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. 2020.07. 31
- Fonseca, M. M. D. C. (2017). *Construção E Validação De Um Protocolo De Assistência De Enfermagem Nas Urgências E Emergências Obstétricas No Atendimento Pré-Hospitalar-Aph*. 2020.06.14
- Fundação e cooperação (FEC) e escola superior de enfermagem S. Francisco das Misericórdias (ESESFM) (2016) *formação para a vida*, Loures Portugal
- Garza,C. (2017).*Urgência.Laboreal*, <http://dx.doi.org/10.15667/laborealxiii0217cdg> 2020. 03.31: 17:54
- Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher& Joanne M. Dochterman *Nic Classificação Das intervenções de enfermagem*, https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/62862165/NIC_-_6%C2%AA_Ed.20200407-

41853-10enn0m.pdf?1586281938=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DNIC_, 2020/07/20 12h10

- Guimarães, M. S. F & Silva, L. R. (2016). *Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem*. Rio de Janeiro. Disponível em: <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-dastransic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf> .
- Guimarães, Msf & Silva, Lr (2016). *Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem*. Rio de Janeiro (BR), <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>. 2020/07/20, 10H30
- Lima, J (2018) *Repercussão da pré eclâmpsia. Análise de desfecho na mãe e no recém-nascido*, Dissertação de mestrado. Universidade Estadual do Ceara.
- Matoso, Leonardo Magela Lopes; De Lima & Valéria Antônia (2019). *Assistência De Enfermagem Em Urgência E Emergência Obstétrica: Um Estudo Bibliométrico*. *Revista de Atenção à Saúde*. 2020.04.20, 12h34
- Mazoco, K. M. D. S. P., Marinheiro, T. S., Soares, T. S. M., & Nogueira, L. P. (2015). *Fatores dificultadores no atendimento humanizado a gestante nos serviços de urgência e emergência*. *Revista Fafibe On-Line*. <http://unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/36/30102015190506.pdf>
- Ministério de saúde da Brasil ONU: *em meio a progresso desigual, mortes maternas*. <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43325-ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna?fbclid=IwAR1JHoxDlfdBnQfU5iibZaFT66kHp42OvXkZqx2nHVOCBY-fNqMeHW9Hm8> 2020. 03.28, 22:00
- Ministério de saúde e segurança social 2018 Protocolos Nacionais Sobre Os Cuidados Obstétricos de Urgência <https://www.minsaude.gov.cv/index.php/documento-site/direcao-nacional-de-saude/506-protocolos-cuidados-obtettricos-web/file?fbclid=IwAR07kU80q9ZVPchY90BsbTjWQLAsuv2lpFxf2K7ms8O1eZ8wEtqlgbh01cE> 2020. 03.28, 21:44
- MONTENEGRO, R. (2002) *Obstetrícia Fundamental*, 9ª ed. Guanabara, Rio de Janeiro.

- Palácios. S (2016), *cuidados de enfermagem a gestante internada com pré eclâmpsia, na percepção da equipe de enfermagem*, Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina.
- Rezende, J. D., & Montenegro, C. A. B. (2006). *Obstetrícia Fundamental*. 10. Edição 2020.01.20, 15h00
- Rocha.s (2018) *acolhimento com classificação de risco obstétrico proposta da readequação dos instrumentos de registo*, Dissertação mestrado. Fundação Santa Casa do Pará.
- Serra, cruz el al (2005), *pré natal e puerpério atenção, qualificada e humanização*. Brasília. Editora MS.

Apêndice

Guião de entrevista

Caraterização geral

Sexo:

Idade:

Habilitações Literárias:

Tempo de atividade profissional:

Tempo de atividade profissional no serviço de maternidade:

1. Na sua opinião o que são urgências obstétricas?
2. Quais são as urgências obstétricas mais atendidas no serviço de maternidade?
3. Quais os procedimentos feitos logo na admissão de um paciente em situação de urgência obstétrica?
4. Tem conhecimento do protocolo de urgência e emergências em vigor?
5. Já sentiu alguma dificuldade no atendimento das situações de urgências obstétricas? Se sim qual?
6. Na sua opinião o serviço esta preparado para o atendimento das urgências obstétricas?
7. Quais os cuidados a ter face a um paciente em situação de urgência obstétrica?
8. Na sua opinião quais as estratégias que o enfermeiro deve desenvolver para um melhor atendimento de urgência obstétrica?
9. Qual é o papel do enfermeiro no atendimento e reconhecimento de situações de urgências obstétricas?

Carta de aceitação para recolha de informações

Handwritten: *Superintendente de enfermagem*
2020.05.29

Exmo. Sra. diretora do HBS São Vicente
Dra. Ana Margarida Brito

Mindelo, 29 de Maio de 2020

Assunto: Recolha de informações para realização da Monografia do Final de Curso.

Lidiane Eduise do Rosário Tavares, aluna nº 3428 do 4º Ano do curso de Licenciatura em Enfermagem na Universidade do Mindelo vem por este meio *mui* respeitosamente informar a vossa excelência que neste momento encontra-se a realizar o seu trabalho de conclusão de curso sob o tema "Atuação de enfermagem nas urgências obstétricas atendidas na sala de parto da maternidade do hospital Dr. Baptista De Sousa".

O referido trabalho tem como objetivo geral Conhecer a atuação dos enfermeiros da sala de parto do serviço da maternidade do HBS no atendimento das urgências obstétricas, e os objetivos específicos Aponter a perceção dos enfermeiros da sala de parto do serviço de maternidade do HBS sobre as urgências obstétricas, Identificar as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros da sala de parto do serviço de maternidade do HBS no atendimento as urgências obstétricas, Descrever as estratégias desenvolvidas pelos enfermeiros da sala de parto do serviço de maternidade do HBS no atendimento das urgências obstétricas.

Nesse sentido vêm-se por este meio solicitar a autorização necessária para proceder a recolha das informações necessárias junto aos enfermeiros do serviço de maternidade (sala de parto)

Informa-se ainda que a recolha de dados será feita mediante a aplicação de um guião de entrevista devidamente validado para o efeito e que o mesmo atenderá a todos os preceitos éticos inerentes aos trabalhos do género.

Sem mais do momento,

Subscreve-se com a mais alta consideração, na expectativa de uma resposta favorável,

A requerente,
Lidiane Eduise do Rosário Tavares

Sandy Reis
29.05.2020

HOSPITAL Dr. BAPTISTA DE SOUSA
ENTRADA Nº 291 - 29/5/2020
O Funcionário
Heonice

UNIVERSIDADE DO MINDELO

Contato :5933090

Termo de consentimento de entrevista

ATENÇÃO: Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Lidianne Eduise Do Rosário Tavares, aluno n.º3428, do 4º Ano do Curso de Licenciatura em

ENFERMAGEM da UNIVERSIDADE DO MINDELO, a fim de desenvolver o Trabalho de Conclusão de Curso, com o título, “**Atuação de enfermagem nas urgências obstétricas atendidas na sala de parto da maternidade do hospital Dr. Baptista De Sousa**”.

Vem por este meio mui respeitosamente convidá-lo (a) a participar numa entrevista para o trabalho referido, que tem como objetivo geral: **Conhecer a atuação dos enfermeiros da sala de parto do serviço da maternidade do HBS no atendimento das urgências obstétricas.**

É importante esclarecer que a sua participação é totalmente voluntária, podendo o (a) Sr. (a) recusar-se ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete prejuízo à sua pessoa. Informa-se ainda que as informações só serão utilizadas para fins do Trabalho de Conclusão de Curso, garantindo o anonimato do entrevistado. As perguntas serão colocadas verbalmente e as respostas depois serão transcritas para o formato de papel. Caso tenha alguma dúvida ou necessita de maiores esclarecimentos pode contactar através dos seguintes números: Móvel- 5933090 ou pelo email: liadiannetavares1@hotmail.com

Eu, _____, aceio participar nesta pesquisa. De acordo com a minha disponibilidade fornecerei toda a informação necessária que seja útil para o seu trabalho.

O entrevistado

O pesquisador

/Lidianne Eduise Do Rosário Tavares /